Die Münchener Medicin. Wochenschrift erscheint wöchentlich in Nummern von mindestens 2½—3 Bogen. Preis vierteljährlich 6 ℳ, praenumerando zahlbar. Einzelne Nummer 60 ₰.

Zusendungen sind zu adressiren: Für die Redaction Ottostrasse 1. — Für Abonnement an J. F. Lehmann, Landwehrstr. 70. — Für Inserate und Beilagen an Rudolph Mosse, Promenadeplatz 16.

MÜNCHENER MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

(FRÜHER ÄRZTLICHES INTELLIGENZ-BLATT)

ORGAN FÜR AMTLICHE UND PRAKTISCHE ÄRZTE.

Herausgegeben von

Ch. Bäumler, Freiburg i. B. O. Bollinger, München. H. Curschmann, Leipzig. C. Gerhardt, Berlin. W. v. Heineke, Erlangen. G. Merkel, Nürnberg. J. v. Michel, Würzburg. H. v. Ranke, München. F. v. Winckel, München. H. v. Ziemssen, München.

№ 38 21. September 1897. Redacteur: Dr. B. Spatz, Ottostrasse 1. Verlag: J. F. Lehmann, Landwehrstrasse 70. 44. Jahrgang.

Originalien.

Die Lumbalpunction bei der tuberculösen Gehirnhautentzündung des Kindesalters.*)

Von Prof. Dr. *H. v. Ranke.*

M. H.! Auf Wunsch des Vorstandes der Gesellschaft für Kinderheilkunde habe ich es übernommen, der paediatrischen Section dieses Congresses ein kurzes Referat zur Punction des Wirbelcanals nach meinen eigenen und fremden Erfahrungen zu erstatten.

Bekanntlich ist es Herr Quincke in Kiel, dem wir das Verfahren der Lumbalpunction verdanken.

Angeregt durch seine experimentellen Erfahrungen an Hunden und Kaninchen, bei welchen es ihm unschwer gelang, mittels Pravaz-Spritze, ohne den knöchernen Wirbelcanal zu eröffnen, Flüssigkeiten in den Subarachnoidealraum zu spritzen und dadurch den Gehirndruck zu erhöhen, kam Herr Quincke auf die Idee, das Verfahren, dessen Unschädlichkeit er erprobt hatte, beim Menschen in umgekehrter Richtung anzuwenden, nämlich den krankhaft erhöhten Gehirndruck durch Abzapfung von Cerebrospinalflüssigkeit aus dem Arachnoidealsacke zu vermindern.

Seine erste derartige Operation am Menschen führte Herr Quincke aus im December 1890, indem er bei einem 1¾jährigen, an meningitischen Symptomen leidenden Knaben den Subarachnoidealsack zwischen III. und IV. Lendenwirbel mit einer feinen Stichcanüle, welche er 2 cm tief einführte, eröffnete und einige ccm wasserklarer Flüssigkeit daraus entleerte.

Und siehe da! Der Fall verlief günstig. Das, nach Quincke's Diagnose, an Leptomeningitis infantum (Huguenin) oder Hydrocephalus acutus simplex leidende Kind wurde geheilt.

Es wäre unnatürlich gewesen, wenn dieser erste Erfolg Herrn Quincke nicht sanguinisch gestimmt hätte bezüglich des therapeutischen Werthes seines neuen Verfahrens.

Als Herr Quincke dann auf dem X. Congress für innere Medicin 1891 in seinem Vortrag über «Hydrocephalus» sein neues Verfahren der ärztlichen Welt vorlegte, verfügte er bereits über eine Reihe interessanter Erfahrungen und verfehlte nicht, damit bei den versammelten Collegen einen tiefen Eindruck zu hinterlassen.

Offenbar hatte er für die klinische Beobachtung einen neuen Weg eröffnet, der vielleicht zu therapeutischen Erfolgen führen konnte, der aber jedenfalls, indem er ein bisher verschlossenes Gebiet der Forschung zugänglich machte, über Druckverhältnisse im Wirbelcanal und Gehirn, über die physikalische, chemische und bacteriologische Constitution der Cerebrospinalflüssigkeit in verschiedenen Krankheiten und unter verschiedenen physiologischen Verhältnissen, wichtige Aufschlüsse bieten musste.

Die Prüfung des Verfahrens wurde denn auch, wie Sie wissen, an vielen Orten mit regem Eifer aufgenommen.

Ich brauche Ihnen nur die Namen: v. Ziemssen, Sahli, Naunyn, Lichtheim, Fürbringer, Lenhartz, Heubner, Fränkel, Senator, Krönig, Schulze, Freyhan, Stadelmann, Wilms, Ricken, Strauss[1]), Goldscheider in's Gedächtniss zu rufen, um zu zeigen, dass, wenigstens in Deutschland, Quincke's Verfahren vielfach erprobt wurde und noch erprobt wird.

Die gesammelten Erfahrungen über Lumbalpunction gehen jetzt schon so sehr in die Breite, man hat dieselbe nicht nur bei Hydrocephalus, bei den verschiedenen Formen von Meningitis und Pseudomengitis und bei Gehirntumoren, sondern auch bei uraemischen und anaemischen Zuständen, bei acutem Hirnhautoedem etc. etc. angewandt, dass ein Referat, das sich innerhalb der Grenzen, welche für einen Vortrag an dieser Stelle gegeben sind, halten will, nicht mehr das ganze Gebiet umfassen kann.

Meine eigenen Beobachtungen beziehen sich auf 25 Fälle,

19 von Meningitis tuberculosa,
2 von Meningitis cerebrospinalis epidemica,
1 von serös-haemorrhagischer Lepto- und Pachymeningitis,
2 von Gehirntumor,
1 von Pseudomeningitis bei chronischer Pneumonie.

Ich halte es aber für das Zweckmässigste, mein Thema, das ich heute vor Ihnen besprechen will, zu beschränken auf die Frage:

Was leistet die Punction des Wirbelcanals in therapeutischer und diagnostischer Beziehung bei der Meningitis tuberculosa, dem Hydrocephalus acutus der Alten?

Doch ehe ich diese Frage auf Grund meiner eigenen Beobachtungen und fremder Erfahrungen zu beantworten suche, muss ich einige allgemeine Bemerkungen vorausschicken.

Zunächst stimme ich mit Quincke und fast allen späteren Beobachtern darin überein, dass das Verfahren, unter der Voraussetzung, dass es aseptisch ausgeführt wird, und dass man zwischen dem 3. und 4. Lendenwirbel einsticht, durchaus ungefährlich ist.

Bei sämmtlichen Sectionen von Kindern, an denen ich die Lumbalpunction vorgenommen hatte, wurde in unserem pathologischen Institut das Rückenmark genau untersucht und niemals eine Verletzung oder eine mit der Punction in Zusammenhang stehende pathologische Veränderung, irgend welcher Art, daran gefunden.

Ich bin bei Kindern, die ich, nach Quincke's Vorschrift, stets in der Seitenlage und bei stark nach vorn gekrümmter Wirbelsäule punctirte, niemals auf Schwierigkeiten gestossen.

Die Hohlnadel wurde stets genau in der Mittellinie und in der Mitte zwischen den 2 Dornfortsätzen, langsam ca. 2 cm tief eingestochen.

In einer gewissen Tiefe fühlt man deutlich, dass der Widerstand, auf den die vordringende Nadel stösst, plötzlich geringer wird, dass man sich somit in dem Wirbelcanal befindet.

Als Nadel habe ich mich entweder der Canüle einer Pravaz'schen Spritze, etwas grösserer Art, wie man sie zu Probepunctionen benützt, oder einer der kleineren Nadeln des Quincke-schen Punctionsbesteckes bedient.

Aspiration wurde niemals angewendet, sondern in der Regel nur Flüssigkeit entfernt, welche unter erhöhtem Druck abfloss.

*) (Referat, erstattet der Section für Kinderkrankheiten des XII. Internat. Aerztlichen Congresses zu Moskau am 21. August 1897.)

[1]) Ein Verzeichniss der Literatur bei Strauss, Deutsches Archiv für klinische Medicin, 57. Bd.

Wenn das Abtropfen sich sehr verlangsamte, wurde die Stichöffnung mit Heftpflaster geschlossen.

Narkose wurde niemals angewandt, ebensowenig schmerzstillende Injectionen in die Haut.

Die Messung des Druckes versuchte ich Anfangs mit einem kleinen Hg-Manometer, später wurde stets nur der Wasserdruck nach Quincke gemessen.

Ich kehre nun zu meinem speciellen Thema zurück und untersuche zunächst: Was leistet die Lumbalpunction bei der Meningitis tuberculosa in therapeutischer Beziehung?

Leider muss hier, bei völlig objectiver Beurtheilung und trotz aller theoretischen Werthschätzung der Methode geantwortet werden:

Ausser einigen zuweilen auftretenden, aber bald wieder vorübergehenden palliativen Erfolgen, nichts Wesentliches.

Herr Qu. hatte im Jahre 1891, auf dem 10. Congress für innere Medicin, sich ziemlich sanguinisch dahin geäussert, er glaube bestimmt, dass die Punction auch bei einzelnen Fällen von Meningealtuberculose erfolgreich sein könne. Er habe dabei solche Fälle im Auge, die bei einer geringen Zahl von grauen Knötchen und ganz zarter Pia einen sehr starken Ventricularerguss zeigen und augenscheinlich durch Hirndruck ziemlich schnell zu Grunde gehen. Gerade diese Fälle hätten ihm den Anstoss zu dem Verfahren gegeben, denn es sei nicht unwahrscheinlich, dass nach Ueberwindung der durch die acute Transsudation erwachsenen Gefahr die Tuberkel in manchen dieser Fälle sich werden abkapseln können. (Verhandl. d. X. Congr. f. innere Medicin 1891. S. 333.)

Noch auf dem XII. Congress hielt Qu. an dieser Meinung fest, indem er in der auf den v. Ziemssen'schen Vortrag folgenden Discussion sich folgendermaassen äusserte: «Der therapeutische Werth der Punction wird sich, glaube ich, beschränken auf acute Fälle einfach seröser und tuberculöser Natur; auch bei letzteren wird man durch die Punction nicht nur Erleichterung, sondern vielleicht auch Heilung herbeiführen, wenn die Zahl der Tuberkel eine geringe ist, wo das Leben nur durch die augenblickliche acute Exsudation gefährdet wird.»

Freilich setzte er beschränkend hinzu: «Das sind Fälle, die mehr in der Privat- als in der Hospitalpraxis vorkommen.» (Verhandl. d. XII. Congr. f. innere Medicin 1893. S. 203).

Leider ist aber seitdem weder aus der Hospital- noch aus der Privatpraxis ein derartiger günstiger Fall eines geheilten Kindes bekannt geworden.

Den sehr merkwürdigen, weil durchaus atypischen Fall von geheilter Meningitis tuberculosa bei einem 20jährigen Arbeiter, welchen Freyhan aus der Fürbringer'schen Klinik in der Deutschen medic. Wochenschr. 1894, S. 707 mittheilt, lasse ich hier ausser Betracht, nachdem Freyhan ausdrücklich ablehnt, die Heilung in diesem Fall auf Conto der Lumbalpunction zu setzen.

Meine eigenen 19 Fälle von tuberculöser Meningitis sind trotz der Lumbalpunction, ganz abgesehen davon, ob letztere in einem frühen oder in einem fortgeschrittenen Stadium der Krankheit gemacht wurde, ausnahmslos zu Grunde gegangen. Und das war auch der Fall bei Herrn Quincke's eigenen Fällen und denen sämmtlicher anderer Beobachter.

Es liegen jetzt schon in der Literatur Berichte über weit mehr als 100 Fälle von tuberculöser Meningitis vor, bei welchen die Lumbalpunction ohne dauernden Erfolg, mit anderen Worten, ohne den baldigen letalen Ausgang abwenden zu können, ausgeführt worden ist.

So konnte Herr Stadelmann[2]) in seiner Mittheilung aus dem Berliner städtischen Krankenhause «am Urban» im Jahre 1895 mit Recht sagen: Die Frage über die Bedeutung der Lumbalpunction habe sich seit ihrer Entdeckung entschieden verschoben. Während Quincke sie als therapeutische, curative Maassregel empfahl, stehe jetzt die diagnostische Wichtigkeit derselben oben an. Palliative Wirkungen freilich, die aber bald wieder vorübergingen, wurden von vielen Beobachtern gemeldet.

[2]) Ein Beitrag zur diagnostischen Bedeutung der Lumbalpunction. Berliner klin. Wochenschr. 1895, No. 27.

Als ein eklatantes Beispiel für solche vorübergehende günstige Veränderung des Krankheitsbildes durch die Punction, erlaube ich mir, aus meinen eigenen Beobachtungen folgenden Fall auszuführen:

Ein 5jähriges Mädchen, F. H., hatte schon vor der Aufnahme in die Klinik seit 8 Tagen an mässigem Fieber, Kopfschmerz, Appetitlosigkeit, häufigem Erbrechen und Stuhlverstopfung gelitten. Bei der Aufnahme zeigte das Kind mässige Nackenstarre und geröthete Wangen, die linke Pupille war weiter als die rechte, dabei bestand ein gewisser Grad von Somnolenz. Zwar wehrte sich die kleine Patientin bei der Untersuchung lebhaft, ja schrie sogar und tobte, schlief aber sofort, wenn man sie ruhig liess, wieder ein. Der Puls war verlangsamt, 60 in der Minute, arythmisch; die Respiration zeigte deutlich den Cheyne-Stokes'schen Typus, Abdomen eingezogen, Bauchhaut welk.

An diesem Kinde wurde Nachmittags 4 Uhr die Lumbalpunction vollzogen, wobei 36 ccm farbloser, im Allgemeinen klarer, nur mit einigen ganz feinen, weissen Flöckchen durchsetzter Flüssigkeit entleert wurden.

Nach vollendeter Operation richtete sich das Kind selbst auf und zeigte eine merkwürdige Veränderung in seinem Benehmen. Das vor der Punction stark benommene Sensorium hatte sich aufgehellt. Das Kind antwortete auf Fragen, wobei es ihm anfangs allerdings noch schwer fiel, die richtigen Worte zu finden. Ein auffallender Umschwung ist auch in seiner Stimmung eingetreten: Es erscheint jetzt liebenswürdig und heiter, während es kurz vor der Punction noch tobte und schrie, wenn man es anrührte. Auf Befragen gibt es an, keine Schmerzen mehr zu haben. Puls beschleunigt, nicht mehr arythmisch. In der Athmung herrscht jedoch nach wie vor der Cheyne-Stokes'sche Typus vor. Die lebhafte Röthe der Wangen hat sich verloren und normaler Farbe Platz gemacht.

Aber schon in der folgenden Nacht war der Puls wieder arythmisch, die Respiration vollzog sich oberflächlich, hie und da durch Seufzen unterbrochen. Sensorium noch ziemlich frei; Nackenstarre angedeutet, die Wangen wieder lebhafter geröthet.

Am nächsten Morgen bestand wieder ungefähr der alte Zustand. Die Nackenstarre war stärker als je, das Sensorium wieder benommen; dazu war linksseitige Ptosis eingetreten; Puls arythmisch, zugleich bestand das Cheyne-Stokes'sche Phänomen.

An demselben Kinde wurde dann 6 Tage später noch eine zweite Punction vorgenommen, bei welcher 41 ccm klarer Flüssigkeit unter hohem Druck entleert wurden.

Auch dieses zweite Mal wieder schien die Punction günstig zu wirken. Das Kind, das vorher unausgesetzt gejammert hatte, wude nach der Punction ruhig und schlief rasch ein. Doch auch diese günstige Wirkung dauerte nur einige Stunden und verlor sich dann wieder vollkommen. Nach weiteren 4 Tagen trat der Exitus ein und die Section bestätigte die Diagnose: Tuberculöse Basilar-Meningitis.

Dass hier die Lumbalpunction durch Verminderung des Hirndruckes, wenn auch nur vorübergehend, günstig gewirkt hat, ist zweifellos.

Aehnliche, wenn auch nicht so frappante Wirkungen habe ich auch in einigen anderen Fällen beobachtet, wie ja auch von anderer Seite zahlreiche Beobachtungen vorliegen, dass Kopfschmerzen, Benommenheit, Erbrechen, Convulsionen, Nackenstarre auf eine Zeit lang verschwanden. Immer aber war die günstige Wirkung von nur kurzer Dauer.

In der Mehrzahl meiner Fälle wurde übrigens überhaupt keine wesentliche Veränderung des Krankheitsbildes nach der Punction beobachtet, wohl weil letztere in der Regel erst spät vorgenommen wurde.

Es scheint, dass eine günstige Wirkung sich nur in solchen Fällen manifestiren kann, in welchen der erhöhte Druck noch nicht zu lange auf dem Gehirn gelastet hat, also in einem verhältnissmässig frühen Stadium der Krankheit.

Nach längerem Bestehen vermehrter Exsudation hat das Gehirn schon so gelitten, dass die Function eine Druckverminderung nicht mehr wieder hervorzurufen im Stande ist.

Wie andere Beobachter, besonders Lenhartz und Naunyn, schon hervorgehoben haben, habe auch ich eine Beeinflussung der in den meisten meiner Fälle constatirten Stauungspapille, durch die Verminderung des Drucks nach Lumbalpunction, niemals beobachtet.

Ehe ich diesen Gegenstand verlasse, möchte ich übrigens noch mit wenigen Worten auf die Jedem, der viele Fälle von tuberculöser Meningitis gesehen hat, geläufige Thatsache hinweisen, dass auch ohne Lumbalpunction die meningitischen Symptome in manchen Fällen auffallende Schwankungen zeigen können, so dass ein Kind, das schon Tage lang in tiefem Sopor dagelegen war,

plötzlich wieder besinnlich wird, sich aufsetzt und seine Spielsachen verlangt; nach einiger Zeit aber wieder in die alte Lethargie zurückfällt, die nun bis zum Tode anhält.

Es ist das eine Erscheinung, die wir wohl alle unseren Schülern, bei Besprechung des Symptomenbildes der tuberculösen Basilarmeningitis, einzuprägen suchen, damit sie sich vor späterem Irrthum bewahren.

Diese spontanen Schwankungen sind jedenfalls schwerer verständlich, als die durch Lumbalpunction und die dadurch bedingte Herabsetzung des Hirndrucks hervorgerufenen.

Ich gelange nun zur Besprechung des diagnostischen Werthes der Lumbalpunction bei der Meningitis tuberculosa im Kindesalter.

Im Allgemeinen begegnet zwar die Diagnose der tuberculösen Meningitis beim Kinde keinen grossen Schwierigkeiten, so dass ein erfahrener Paediater wohl in den allermeisten Fällen auf Grund des klinischen Bildes und des Verlaufes der Krankheit, auch ohne die Beihilfe der Lumbalpunction, die Diagnose richtig stellen wird. Aber es gibt doch auch Fälle, bei denen der Geübteste in seinem Urtheil, mit welcher Form der Meningitis er es zu thun hat, schwanken wird, ganz besonders, wenn die Krankheit noch nicht weit fortgeschritten ist.

Hier kann der bacteriologische Nachweis von Tuberkelbacillen in der durch die Punction entnommenen Cerebrospinalflüssigkeit entscheidenden Aufschluss geben. Freilich nur, wenn der Nachweis positiv ausfällt, während ein negativer Befund keineswegs das Urtheil zulässt, dass keine tuberculöse Meningitis vorliegt.

Offenbar gehört zu der sicheren Auffindung der Tuberkelbacillen in der Cerebrospinalflüssigkeit grosse Uebung und besondere Sorgfalt.

Es ist bekannt, dass Herr Lichtheim angibt, dass er in allen seinen Fällen Tuberkelbacillen hat nachweisen können. Damit steht er bis jetzt allein.

Herrn Fürbringer gelang der Nachweis unter 37 Fällen 30 mal, also bei 80 Proc.

Herr Goldscheider betont, dass entschieden Fälle vorkommen, in denen es nicht gelingt, die Tuberkelbacillen nachzuweisen. Dies scheint mit der allgemeinen Erfahrung übereinzustimmen, zu welcher auch ich mich, auf Grund meiner eigenen Beobachtungen, bekenne.

Mir ging es Anfangs ungefähr wie Herrn Lenhartz, der bei seinen ersten 12 Fällen nur 1 mal Tuberkelbacillen nachweisen konnte, während in den späteren Fällen der Nachweis sehr viel besser gelang.

Es kommt eben Alles, wie schon Herr Fürbringer hervorgehoben hat, auf den Grad der Uebung und die Geduld unserer Herren Assistenzärzte an, denen die Ausführung der Untersuchung überlassen ist.

In meinen Fällen hatten wir Anfangs offenbar nicht genügend centrifugirt. Seitdem wir stärker und anhaltender centrifugiren, haben sich auch unsere Resultate entschieden gebessert, so dass jetzt in der Mehrzahl der Fälle, keineswegs aber in allen, der Nachweis gelingt.

Mein gegenwärtiger klinischer Assistent, Herr Dr. Trumpp, gibt sich mit dem Nachweis die grösste Mühe. Aber es kommen doch immer wieder Fälle vor, bei denen keine Tuberkelbacillen gefunden werden können, obgleich die Section nachher tuberculöse Meningitis ergibt; oder: Die Untersuchung der Flüssigkeit einer ersten Punction ergibt kein Resultat, während die Flüssigkeit einer zweiten Punction desselben Falles, auf deren Untersuchung die gleiche Sorgfalt, wie auf die der ersten verwandt wurde, Tuberkelbacillen erkennen lässt.

Die Zahl der gefundenen Tuberkelbacillen war in meinen Fällen immer eine sehr geringe, niemals mehr als 3 oder 4.

Um den Nachweis der Tuberkelbacillen zu erleichtern, sind einige Vortheile bei der Untersuchung zu beachten.

Herr Fürbringer macht auf die spinnengewebeähnlichen Fibringerinnungen, welche sich in der Flüssigkeit auszuscheiden pflegen, als besonders wichtig für die Auffindung der Tuberkelbacillen, aufmerksam. Das haben auch wir bestätigt gefunden.

Herr Lenhartz schlägt vor, in die Flüssigkeit eine kleine Flocke der sterilen Watte, womit das die Flüssigkeit enthaltende Glas geschlossen ist, zu geben. Ich führe seine eigenen Worte an: «Die Flocke sinkt allmählich zu Boden und reisst die Bacillen mit sich herab, oder umschliesst sie mit ihrem Netze, was zum Theil auch von den spinnengewebeartigen Flöckchen gilt. Nach ungefähr 6—10 Stunden kann man mit der Platinöse die Flocken herausheben und die anhaftende Flüssigkeit auf einem Deckglase abtupfen.»

Lenhartz erklärt, dass er dieses Verfahren der Centrifugirung vorziehe.

Es ist wahrscheinlich, dass bei Beachtung dieser Vorschriften allmählich bessere und gleichmässigere Resultate sich werden erzielen lassen, als bisher von den verschiedenen Beobachtern vorlagen.

Alles in Allem genommen, müssen wir aber, so wie die Dinge bis zur Stunde liegen, gestehen, dass auch der diagnostische Werth der Lumbalpunction bei Meningitis tuberculosa im Kindesalter nur ein sehr beschränkter ist.

Noch einige Worte zur Differentialdiagnose der Meningitis tuberculosa von anderen Formen der Meningitis.

Von besonderer Wichtigkeit ist die Differentialdiagnose zwischen der Meningitis tuberculosa und der Meningitis cerebrospinalis epidemica.

Letztere ergibt in allen frischen Fällen nach den bisher vorliegenden Beobachtungen, eine getrübte Cerebrospinalflüssigkeit, oder wenigstens eine nicht so wasserklare Flüssigkeit, wie wir sie bei der tuberculösen Meningitis zu sehen pflegen, und bei der mikroskopischen Untersuchung findet man in derselben zahlreiche Leukocyten.

Das war in den 2 Fällen meiner eigenen Beobachtung der Fall.

In dem einen Fall war die Flüssigkeit leicht opalescirend, reichlich mit kleinen Flocken durchsetzt und enthielt ziemlich zahlreiche Lymphocyten und polynucleäre Leukocyten, neben einigen spärlichen intracellulären Diplococcen, keine Tuberkelbacillen. Nebenbei erwähne ich, dass in diesem Falle die Cerebrospinalflüssigkeit das höchste specifische Gewicht hatte, das mir bisher vorgekommen ist, nämlich 1012 und etwas darüber.

In dem anderen Falle verhielt sich die Flüssigkeit ähnlich. Auch in ihr wurden keine Tuberkelbacillen, wohl aber Staphylococcen gefunden.

Beide Fälle kamen zur Section und wurde die Diagnose Cerebrospinalmeningitis bestätigt.

Wenn die Fälle von Cerebrospinalmeningitis aber schon länger bestanden haben und zur Reconvalescenz neigen, so wird auch bei ihnen die Cerebrospinalflüssigkeit wieder klar gefunden.

Die Differentialdiagnose zwischen tuberculöser Meningitis und Meningitis purulenta im Anschluss an Otitis media oder Schädelverletzungen, scheint durch das Ergebniss der Lumbalpunction nicht in allen Fällen gefördert werden zu können, da das Nichtauffinden von Tuberkelbacillen an und für sich noch nicht ausschlaggebend ist und da auch bei dieser Form von Gehirnhautentzündung zuweilen wasserklare Cerebrospinalflüssigkeit angetroffen wird, wie Lenhartz und H. Braun berichten.

Zur Differentialdiagnose zwischen tuberculöser Meningitis und der Leptomeningitis simplex vermag die Lumbalpunction nur durch den Nachweis beizutragen, dass in der Cerebrospinalflüssigkeit keine Tuberkelbacillen gefunden wurden.

Dass dieser negative Befund aber noch nicht als Beweis dafür gelten kann, dass keine tuberculöse Meningitis vorliegt, wurde bereits genügend hervorgehoben.

Wenn, was jedoch äusserst selten vorkommt, bei bestehenden meningitischen Erscheinungen die Lumbalpunction, obgleich die Hohlnadel sicher in den Subaracheoidelraum eingedrungen ist, keine Flüssigkeit ergibt, so könnte das, vorausgesetzt, dass nicht etwa die Verbindung zwischen Gehirn und Rückgratshöhle verlegt ist, für tuberculöse Meningitis gedeutet werden, bei welcher nur plastisches Exsudat gesetzt wurde. Lenhartz erwähnt, dass derartige Fälle verschwindend selten seien. Fürbringer[3]) berichtet ausführlich über einen solchen Fall bei einem 5½ Monate alten Kinde, bei welchem die ganze Basis in eine sulzige Masse

[3]) Fürbringer, Zur Frage der ergebnisslosen Lumbalpunction. Deutsche Med. Wochenschr. 1895, No. 45.

verwandelt war, die sich längs des Rückenmarks fortsetzte. Die Dura des Rückenmarks war stark gespannt, aber nicht durch Flüssigkeit, sondern durch eine oedematöse, schwammige Masse, die, wie an der Basis des Gehirns, von zahllosen submiliaren Tuberkeln besetzt war. Natürlich konnte in diesem Falle trotz wiederholter Punction keine Flüssigkeit gewonnen werden, weil eine solche überhaupt nicht vorhanden war.

Gestatten Sie mir zum Schluss nur noch wenige Bemerkungen über das, was die Lumbalpunction bei tuberculöser Meningitis uns noch weiterhin lehrt.

Zunächst bezüglich der physikalischen Eigenschaften der Cerebrospinalflüssigkeit.

Dieselbe ist bei tuberculöser Meningitis gewöhnlich wasserklar, farblos, selten mit einem schwachen Stich in's Gelbliche oder wohl auch Grünliche. Zuweilen enthält sie feinste Flöckchen und Gerinnsel. Das specifische Gewicht wurde nur in einer beschränkten Anzahl meiner Fälle bestimmt. Dasselbe wurde einmal so niedrig als 1008 gefunden, in den übrigen betrug es 1010—1011.

Auch bezüglich der chemischen Zusammensetzung kann ich nur über den Eiweissgehalt der Flüssigkeit bei einem Theil meiner Fälle berichten. Derselbe betrug in der Regel 1—1,5 pro mille, einmal bei einem 9½ Monate alten Mädchen nur 0,83 pro mille.

Spuren von Zucker konnten in Einem meiner Fälle nachgewiesen werden. In der Regel scheint Zucker in der Cerebrospinalflüssigkeit bei tuberculöser Meningitis zu fehlen.

Die Menge, welche bei einer Punction entnommen wurde, betrug in meinen Fällen einige Male nur wenige Cubikcentimeter, in der Regel 20—30 ccm, in 3 Fällen 40—50 ccm und in einem Fall, bei einem 4½ jährigen Mädchen, 100 ccm.

Der Druck war bei meinen Fällen von tuberculöser Meningitis fast immer ein hoher. In der Regel schwankte er zwischen 160—300 mm Wasser, bei einem 9½ jährigen Mädchen betrug der Anfangsdruck 500 mm Wasser. Als Ausnahme erwähne ich ein Kind von 9½ Monaten, bei welchem ein Anfangsdruck von nur 21 mm Wasser gefunden wurde.

M. H. ich bin am Schluss. Die Lumbalpunction befindet sich noch im Stadium der Prüfung. Sie mag bis jetzt vielleicht nicht die sanguinischen Erwartungen erfüllt haben, die ihr bei ihrem ersten Bekanntwerden von einigen Seiten entgegengebracht wurden.

Jedenfalls aber stellt sie ein ungefährliches Verfahren dar, das ein der Forschung bisher verschlossenes Gebiet bereits nach verschiedener Richtung hin aufgehellt hat und uns ohne Zweifel noch weitere Aufklärung bringen wird.

Aus der Universitäts-Poliklinik für Hals- und Nasenkranke in Freiburg i. Br.

Entfernung eines Knochenstücks aus dem rechten Bronchus auf natürlichem Wege und unter Anwendung der directen Laryngoskopie.

Von Dr. *Otto Kollofrath*, Assistent der Poliklinik.

Am 30. März d. J. hatte ich die Ehre, meinem verehrten Chef, Herrn Prof. Killian, bei der Extraction eines Knochenstückes aus dem rechten Bronchus zu assistiren. Der Fall bietet in diagnostischer und therapeutischer Beziehung so viel Eigenartiges, dass eine nähere Beschreibung wohl berechtigt ist:

J. W., 63 Jahre alt, Säger von Röthenbach im Schwarzwald, gibt an, dass er am 27. III. beim Genuss einer Suppe von gehacktem Schweinefleisch einen Knochen verschluckt habe. Sofort sei heftige Athemnoth, Hustenreiz und ein Gefühl von Wundsein im Hals aufgetreten. Dann habe er sich auch übel gefühlt, ferner Brechreiz und Blutandrang bekommen. Letzteres sei bald vorüber gegangen, die Athembeschwerden aber dauerten fort, und dabei klang die Athmung ihm selbst röchelnd. Hustenanfälle plagten ihn die ganze Nacht hindurch, besonders wenn er, wie gewöhnlich, auf der rechten Seite liegen wollte. Auch habe er etwas schleimig-schaumigen, zuweilen mit Blut untermischten Auswurf gehabt.

Am 28. III. begab er sich zu Herrn Dr. Schmelcher in Löffingen, der ihn an uns verwies.

Als Patient am Vormittag des 29. III. bei uns erschien, waren irgendwelche bedrohliche Erscheinungen nicht zu bemerken. Er erzählte, dass er sehr langsam gehen musste, weil ihm der Athem immer ausginge, und klagte nur noch über einen kratzenden Schmerz im Hals. Hustenanfälle traten häufig auf, hatten aber nicht sehr intensiven Charakter.

Untersuchung von Rachen und Kehlkopf ergab keinen Aufschluss; insbesondere konnte der etwa in Larynxhöhe bezeichnete Schmerzpunkt durch Sondenabtastung nicht näher localisirt werden. Die Trachea zeigte in ihrem mittleren Theile eine nach vorn convexe Krümmung, an die sich nach unten eine nach links convexe Verbiegung anschloss. Die Bifurcation konnte trotz vieler eingehender Versuche nicht eingestellt werden.

Die physikalische Untersuchung der Lungen lieferte auch keine positiven Indicien für Fremdkörper. Ueber der rechten Lunge hörte man zwar bei tiefer Inspiration einen pfeifenden Rhonchus von eigenthümlich dumpfem Klang, aber nicht constant. Ueberhaupt war die Auscultation sehr erschwert durch einen beiderseitigen chronischen Katarrh der feineren Bronchien. Pectoralfremitus schien links etwas stärker als rechts, auch hörte man hier zuweilen etwas verlängertes Exspirium, alles Momente, welche zwar eine Wahrscheinlichkeitsdiagnose stützen konnten, aber keinen sichern, eindeutigen Befund lieferten.

Eine in den Oesophagus eingeführte Sonde traf nirgends auf Widerstand und löste auch keinen localisirten Schmerz aus.

Eine eingehende und sorgfältige Untersuchung hatte also nichts ergeben und wir waren schon geneigt, die Anfangs ziemlich bestimmt lautenden Angaben etwas skeptischer zu beurtheilen. Da beschloss Herr Prof. Killian, beunruhigt, dass ihm nicht gelungen war, auch den untersten Theil der Trachea zu sehen, mit der directen Laryngoskopie — wie wir nach Bruns' Vorgang die Kirstein'sche Methode nennen — einen Versuch zu machen.

Patient, der sich überhaupt sehr gelehrig und jedem ärztlichen Verlangen zugänglich zeigte, erwies sich für die Anwendung dieser Untersuchungsmethode geeignet. Leicht gelang es, Kehlkopf und Anfangstheil der Trachea zu übersehen, aber die Bifurcation einzustellen gelang nicht, obwohl all' die bekannten Hilfsmittel, als: gleichgerichtete und entgegengesetzte Bewegungen etc. von Kopf und Rumpf angewendet wurden. Endlich, in einer sehr complicirten Haltung — bei stark nach rechts rotirtem Rumpf, bei gesenkter linker, gehobener rechter Schulter und ausgiebiger Linksdrehung des Kopfes — glückte ein flüchtiger Blick auf die Carina. Nun bedurfte es nur noch kleinerer Correcturen der gefundenen Stellung und wir erhielten ein deutliches Bild. Der Bifurcationssporn und die untere Trachealpartie pulsirten nur schwach, und in dem engeren linken Bronchus verschwanden im Dunkel einige Bronchialringe. Das weitere Lumen des rechten Bronchus dagegen war anscheinend völlig ausgefüllt von einer schleimartig glänzenden, an den Rändern und der Oberfläche eigenthümlich flottirenden Masse, deren grauweisse Färbung sich deutlich von der dunkelrothen Umgebung abhob.

War das das gesuchte Knochenstück? Ein Schleimpfropf an dieser Stelle und von dieser Grösse war jedenfalls etwas Ungewöhnliches. Vielleicht konnte die Sonde Aufschluss geben? Die Trachea wird zunächst mit Spray, dann mit einer am unteren Ende mit Watte umwickelten Magensonde cocainisirt. Diese Manipulationen lösten kräftige Hustenstösse aus und der Patient expectorirte ziemlich viel, leicht blutig verfärbten Schleim. Nun zeigte der rechte Bronchus ein anderes Bild. Von rechts hinten nach links vorn verläuft eine scharfe Kante, hinter welcher die hintere Bronchialwand weiter nach unten sichtbar wird. Nach vorn dagegen dieselbe flottirende Masse, wie oben beschrieben. Die Sondirung ergab nichts Sicheres über die Consistenz des Fremdkörpers, hauptsächlich wohl, weil Berührungen der Sonde mit den Metalltheilen des Laryngoskops unvermeidlich waren. Dagegen wurde mit einer graduirten Sonde die Entfernung von den oberen Schneidezähnen als 33,5 cm. ermittelt.

Dem Patienten wurde empfohlen, sich in das klinische Hospital aufnehmen zu lassen und nöthigenfalls die Tracheotomie zu gestatten, wenn nämlich eine Entfernung des Knochens auf natürlichem Wege nicht gelingen sollte. Zugleich wurde, da die vorhandenen Trachealpincetten zu kurz waren, beim Instrumentenmacher eine 36 cm lange, am Griffende stumpfwinklig abgebogene und vorn mit je drei ineinandergreifenden Zähnen versehene Röhrenpincette bestellt.

Als gegen Abend Herr Hofrath Kraske zur Consultation erschien, konnte der immer noch festgekeilte Fremdkörper mittels der Kirstein'schen Methode leicht demonstrirt werden. Es wurde beschlossen, vorläufig nicht zu tracheotomiren, da bei dem festen Sitz keine dringende Indication gegeben war, und ferner Herr Prof. Killian am nächsten Tage die Extraction von oben her versuchen wollte.

30. III. Patient hat gut geschlafen, viel Husten, aber keine Erstickungsanfälle gehabt. Sonst keine Veränderungen objectiver oder subjectiver Natur. Die bestellte Pincette war rechtzeitig fertig geworden.

Dem natürlichen Verlangen, den Knochen auf demselben Wege, wie er eingedrungen und entdeckt war, herauszuziehen, stellten sich erhebliche Schwierigkeiten entgegen. Einmal hielt es schwer, den Patienten in der richtigen Haltung mit gerade gestreckter Luftröhre zu fixiren. Dann war es gewiss nicht leicht, ein so langes Extractions-Instrument sicher durch Mund und Kehlkopf in die Luftröhre zu bringen und dort mit Sicherheit zu arbeiten.

Die stärkste Krümmung der Trachea sass in ihrem Anfangstheile; gelang es also, diese zu compensiren, so war schon viel ge-

wonnen. Bei den vorhergegangenen Versuchen hatte sich bereits gezeigt, dass der Patient den längsten, die Epiglottis mitfassenden Kirstein'schen Spatel sehr gut ertrug. Könnte man diesen Spatel noch verlängern, so wäre es vielleicht möglich, die obere Biegung der Luftröhre auszugleichen. Nun ist es ja bekannt, dass Kirstein anfänglich statt der Spatel Röhren benutzte, die eigentlich zur Besichtigung der Speiseröhre bestimmt waren. Zufällig war ein derartiges Mikulicz-Rosenheim'sches Oesophagoskop von 25 cm Länge in unserem Instrumentarium vorhanden. Dasselbe wurde an dem Elektroskop befestigt und in die Luftröhre eingeschoben. Damit waren die oben angedeuteten Schwierigkeiten gehoben und es gelang auf diese Weise, vor Allem auch mit der linken Hand, den Fremdkörper einzustellen, wiewohl Prof. Killian sich auf die Handhabung des Kirstein'schen Laryngoskops mit der linken Hand noch nicht besonders eingeübt hatte. Patient erklärte, dass die Röhre zwar etwas schmerzhaft, aber zu ertragen sei.

Nach ausgiebiger Cocainisirung (20 proc. Lösung) von Epiglottis, Larynx und Trachea wird zunächst die Röhre möglichst tief eingeführt und der Fremdkörper eingestellt. Dann wurde die Pincette eingeschoben und vorsichtig dem Fremdkörper genähert. In der engen Röhre — 8 mm lichter Durchmesser — wurde durch die Pincette das ohnehin kleine Gesichtsfeld noch mehr beschränkt und verdunkelt. Es war daher schwierig, etwas zu sehen und besonders schwer, die Entfernung zu taxiren. Trotz vorsichtigem und langsamen Zufassen glitt die Pincette zweimal ab. Beim dritten Versuch wurde ein kleines Blättchen abgebrochen und extrahirt, welches deutliche Knochenstructur zeigte. Weiter scheiterten alle Versuche daran, dass die Branchen an der vorliegenden glatten Fläche nicht fassten. Dabei waren Berührungen der Trachealwand unvermeidlich, welche durch starken Hustenreiz allerlei Reflexbewegungen bei dem sonst gut haltenden Kranken auslösten. Bei einer solchen wurde auch die bisher verdeckte vordere Bronchialwand sichtbar und dahinter eine quer verlaufende Kante. Beim nächsten Versuche gelang es, eine Branche unter die Kante zu schieben, den Knochen zu ergreifen und, da er zu dick für die Röhre war, zugleich mit dieser herauszuziehen.

Patient erklärte sofort, dass er sich sehr erleichtert fühle und wie früher athmen könne.

Das Knochenstück war mit Schleim umhüllt und nach Reinigung 17 mm lang, 14 mm breit und 8 mm dick. Die Oberfläche zeigte den rauhen, spongiösen Bau eines gekochten Knochens. Nur die kleine Fläche, die wir immer gesehen hatten, war von glatter, elfenbeinartiger Beschaffenheit.

Die nachträgliche Untersuchung ergab keine Spur von Nebenverletzung. Patient wurde dann, da sich keinerlei Störungen des Allgemeinbefindens zeigten, am 1. April entlassen.

Bemerkenswerth ist nun in erster Linie, dass auch nach der Extraction alle Versuche, die Bifurcation mit dem Spiegel zu sehen misslangen, obwohl Patient genau die vorgeschriebene Haltung einnahm. Es beruht dies wohl darauf, dass es bei der eigenthümlichen Verbiegung der Luftröhre eben sehr schwierig war, die feineren Haltungscorrecturen unter Spiegelcontrole auszuführen.

Eine sichere Diagnose ermöglichte also allein die Kirstein'sche Methode. Sie scheint bislang noch verhältnissmässig wenig zu diagnostischen Zwecken, besonders im Bereiche der Trachea, gebraucht worden zu sein. Von Versuchen, unter ihrer Anwendung zu operiren, hat, ausser Kirstein, bis jetzt nur Bruns berichtet. B. glückte in 3 von 5 Fällen die Entfernung von Larynxtumoren auf diese Weise, während Kirstein (l. c. Anhang) einen Stimmbandpolypen exstipirte.

Unter Spiegelbeleuchtung ist es schon häufig gelungen, Fremdkörper auf natürlichem Wege aus Kehlkopf und Luftröhre zu extrahiren. Bei tieferem Sitz musste fast immer tracheotomirt und dann von der künstlichen Oeffnung aus operirt werden. Kobler referirt über mehrere Fälle, bei denen auf diese Weise sogar aus den Anfangstheilen der Bronchien Fremdkörper mit Glück entfernt wurden. Dabei wurde allerdings meist im Blinden gearbeitet, nachdem mit Spiegel, Sonde oder auscultatorisch der Sitz des Corpus alienum gefunden war.

Erst Pieniazek hat eine Methode angegeben, unter Leitung des Auges in Bronchus und Trachea zu operiren. Er führt bei stark zurückgebeugtem Kopf und möglichst gerade gestreckter Wirbelsäule durch die Trachealfistel röhrenartige Trichter ein und wirft mit dem Reflector das Licht bis in die Bronchien.

Wie schon früher erwähnt, hatte Herr Prof. Killian beabsichtigt, falls die Extraction von oben her nicht gelänge, die Tracheotomie zu machen und dann ähnlich vorzugehen, mit der Modification allerdings, dass er die Röhre an das Casper'sche Elektroskop ansetzte und dadurch eine intensivere und leichter zu dirigirende Lichtquelle gewann. Auf diese Weise wäre man dem Fremdkörper um 15 bis 20 cm näher gekommen.

Uebrigens hatte mein verehrter Chef diese Art von Tracheoskopie schon früher bei einem von uns behandelten Tracheotomirten versucht und mehrfach in Cursen etc. die Bifurcation demonstrirt. Der betreffende Patient ertrug die Röhre sehr leicht, sogar ohne Cocaïn.

Im vorliegenden Falle konnte also auf die Tracheotomie verzichtet und verhältnissmässig leicht operirt werden, was im Wesentlichen durch die Verwendung der langen Röhre bedingt war.

Dieses Experiment beruht eigentlich auf einer geschickten Combination der Erfahrungen von Pieniazek und Kirstein. K. zeigte, dass man Röhren von oben her in die Luftröhre einführen kann, kam später aber durch Beobachtung und Ueberlegung zur Ansicht, dass die Einführung von starren Instrumenten in die untere Trachealhälfte höchst gefährlich sei, und dehnte seine Versuche in dieser Form nicht weiter aus. Aus Pieniazek's Bericht geht hervor, dass Röhren von der unteren Trachealpartie verhältnissmässig leicht ertragen werden, und dass man unter ihrer Leitung ziemlich leicht und sicher operiren kann.

Zweckmässig wird man Röhren von grösserer Länge und grösseren Durchmesser, als die von uns gebrauchte, zu bronchialen Operationen nehmen und kann dann auch anstandslos in den Bronchus eingehen. Herr Prof. Killian demonstrirte diese directe Tracheo- bezw. Bronchoskopie gelegentlich eines Vortrags über den beschriebenen Fall im Verein der Freiburger Aerzte.

Literatur:

P. Bruns: Ueber die Kirstein'sche directe Laryngoskopie und ihre Verwendung bei endolaryngealen Operationen. Beitr. zur klin. Chirurgie XV. 1896.
A. Kirstein: Die Autoskopie des Kehlkopfes und der Luftröhre. Berlin 1896 (bei O. Coblentz).
G. Kobler: Ueber Fremdkörper in den Bronchien etc. Wien 1895 (bei Alfred Hölder).
Pieniazek: Die Tracheoskopie und die tracheoskopischen Operationen bei Tracheotomirten. Arch. f. Laryng. 1896. XVIII. pag. 210 ff.

Primäre tuberculöse Geschwülste in Nase und Kehlkopf. Operation. — Heilung.

Von Dr. *Richard Sachs* in Hamburg.

Die Bildung von tuberculösen Tumoren in den oberen Luftwegen ist nicht so häufig beobachtet worden. Was erstens die Tuberkelgeschwülste der Nasenschleimhaut betrifft, so sind bisher nach Chiari[1]) erst einige 20 dieser Tumoren beschrieben worden; ich glaube mithin, dass es von Interesse ist, eine weitere Mittheilung über Fälle dieser eigenthümlichen Bildung der Tuberculose bekannt zu geben. Auf eine genaue Angabe der bereits beobachteten Fälle verzichte ich, nachdem Chiari (l. c.) in einer ausführlicheren Arbeit über eine Reihe von Tuberkelgeschwülsten der Nasenschleimhaut zugleich alle früher beschriebenen einschlägigen Fälle angeführt hat. Ich verweise desshalb bezüglich der Literatur auf diese Arbeit.

1. J. G.[2]), 11 Jahre alt, wurde mir im Januar 1895 wegen behinderter Nasenathmung auf der linken Seite zur Behandlung überwiesen. Nach Angabe der Mutter hat das Leiden vor bereits 3 Jahren mit allmählich stärker werdendem Ausfluss und andauernder Krustenbildung am Introitus narium begonnen; das Kind soll im Uebrigen während dieser Zeit immer wohl gewesen sein. Eltern und Geschwister sind gesund.

Die äussere Nase ist vorn kolbig verdickt. Die linke Seite der Nase ist durch einen Tumor ausgefüllt, der vom Septum cartilagineum ausgehend sich an das vordere Ende der untern Muschel anlagert; der Tumor ist von der Grösse einer Kirsche, höckeriger Oberfläche und mit eitrigem Schleim bedeckt. Die rechte Seite der Nase ist normal. Die Rhinoskopia posterior ergibt nichts Besonderes; adenoide Vegetationen fehlen. Drüsenschwellungen sind nicht vorhanden. Die physikalische Untersuchung ergibt überall normale Verhältnisse.

Mit Rücksicht auf die Dauer des Leidens und den Sitz des Tumors dachte ich sofort an eine Tuberkelgeschwulst; ich untersuchte desshalb das den Tumor bedeckende Secret nach Tuberkelbacillen, aber in einer ganzen Reihe von Strichpräparaten waren keine Tuberkelbacillen zu finden. Mittelst kalter Schlinge entfernte ich ein Stück des Tumors zwecks mikroskopischer Untersuchung.[3])

[1]) Chiari, Ueber Tuberculose der Nasenschleimhaut. Archiv f. Laryng. I. Bd. 2. H.

[2]) Demonstrat. im ärztl. Verein in Hamburg 12. Febr. 1895.

[3]) Ich gebe dieselbe hier etwas ausführlicher wieder, da die anderen Beobachtungen dasselbe Resultat gaben, und diese einmalige Beschreibung des mikroskopischen Bildes also in gleicher Weise für die anderen Fälle gilt.

Das Gewebe ist von ziemlich weicher Consistenz; die Blutung nach Abtragung des Stückes auffallend gering. Die histologische Untersuchung (Einbettung in Celloidin, Färbung mit Bismarckbraun) ergab: In dem zellreichen Gewebe finden sich mehrere nicht verkäste Tuberkel. Stellenweise sieht man verkäste Partien, in der Nähe Arnold'sche Wirbelkerne. In verschiedenen Stellen liegen sehr schöne, grosse Langhans'sche Riesenzellen. Das histologische Präparat bot somit das Bild typischer Tuberculose. Tuberkelbacillen konnte ich in einer Reihe von darauf untersuchten Schnitten nicht auffinden; auf das Fehlen resp. äusserst seltene Vorkommen derselben in den Schnittpräparaten wurde bereits in früheren Beobachtungen hingewiesen.

2. Frau A. N., 23 Jahre alt, consultirte mich im April 1895 wegen zunehmender Behinderung der Nasenathmung; sie will vor ca. einem Jahre zuerst bemerkt haben, dass die rechte Seite der Nase nicht mehr so frei durchgängig für die Athmung war. In der letzten Zeit hat Patientin eine wesentliche Verschlimmerung ihres Leidens beobachtet und auch mit dem Finger eine Geschwulst in der Nase gefühlt. Patientin hat 2 gesunde Kinder; ein Bruder ist an Phthise gestorben.

Bei der Untersuchung zeigte sich ein haselnussgrosser, röthlicher, glatter Tumor, der vom Sept. cartilag. nar. ausgehend, die rechte Seite der Nase in ihrem vorderen Theil ziemlich ausfüllte. Die linke Seite der Nase, wie der Nasenrachenraum ergaben einen normalen Befund; an den Lungen war ebenfalls nichts nachweisbar. Die mikroskopische Untersuchung des Tumors bot ebenso wie bei dem ersten Fall typische Tuberculose.

Bei beiden Patienten wurde der Tumor mit der kalten Schlinge und scharfem Löffel entfernt, der Grund mit Milchsäure eingerieben.

Wenn ich kurz auf die Aetiologie eingehe, so ist dieselbe in dem ersten Falle völlig dunkel. Hereditäre Belastung lag nicht vor; die Lungen sind vollkommen gesund. Vermuthlich liegt ein primäres Ergriffensein der Schleimhaut vor, da sich keine Perforation des Septum vorfand. Ob nun die Infection durch den mit Tuberkelbacillen verunreinigten Fingernagel zu Stande kam, oder dadurch, dass durch das Bohren mittels des Fingers nur eine Prädisposition geschaffen wurde, und dann durch gelegentliche Inhalation von Tuberkelbacillen erst die specifische Infection erfolgte, muss unentschieden bleiben. Bei Individuen, die mit Phthisikern zusammenleben oder viel in Berührung kommen, würde nach den Beobachtungen von Strauss[4]) ja mehr der Infectionsmodus durch Inhalation in Frage kommen. So ist wohl auch die Entstehung des Tuberculoms bei der zweiten Patientin zu erklären, die sich viel mit der Pflege ihres später an Phthise gestorbenen Bruders beschäftigte. Beide Patienten habe ich in der Folgezeit noch öfters untersucht — die Patientin ist October 1896 verzogen — und sie stets recidivfrei gefunden.

Ausser diesen beiden Tuberculomen der Nasenschleimhaut hatte ich Gelegenheit, noch zwei tuberculöse Larynxtumoren zu beobachten, bei denen Lungenerscheinungen nicht nachweisbar waren, und die man somit klinisch als primäre Larynxtuberculose hinstellen muss. Bezüglich der Literatur über tuberculöse Neubildungen des Larynx verweise ich besonders auf die sehr verdienstvolle Arbeit von Avellis[5]), der alles bis zum Jahre 1891 über diese Tumoren Veröffentlichte zusammengestellt und selbst eine grössere Reihe solcher Beobachtungen hinzugefügt hat.

1. Frau K. M. 29 Jahre alt, consultirte mich zuerst am 12. XI. 1895 wegen zunehmender Heiserkeit und Druckgefühl im Kehlkopf. Sie war bereits längere Zeit anderweitig mit Insufflationen in den Kehlkopf behandelt worden. Die Untersuchung ergab eine kirschkerngrosse, gelappte Geschwulst an der Hinterwand des Larynx, die ein Zusammenlegen der Stimmbänder bei der Phonation verhinderte. Der Kehlkopf wies sonst nirgends irgend welche pathologische Veränderungen auf. Negativer Lungenbefund. Der Tumor wurde bei directer Autoskopie (Kirstein) mit der schneidenden Zange entfernt, der Grund geätzt. Die histologische Untersuchung ergab: Tuberculose. — Die Stimme blieb später andauernd klar. Mitte April 1897 sah ich die Patientin zuletzt. Der Kehlkopf gibt ein völlig normales Bild, die Hinterwand ist vollkommen glatt. Subjective Symptome bestehen nicht mehr. Lungenbefund negativ.

2. Fräulein M. G., 24 Jahre, wurde mir October 1895 wegen andauernder Aphonie zur Behandlung überwiesen. Sonstige subjective Beschwerden lagen nicht vor. Die Patientin ist sehr anaemisch; der Hausarzt versicherte mir aber, dass wiederholte Lungenuntersuchung stets ein negatives Resultat bot; auch ich selbst konnte keine pathologischen Veränderungen an den Lungen nachweisen. Bei der laryngoskopischen Untersuchung fand sich eine blumenkohlartige Geschwulst auf beiden Stimmbändern und der laryngealen Seite der Epiglottis; die Stimmbänder wurden fast völlig durch die Tumoren verdeckt. Die Geschwülste wurden in mehreren Sitzungen mit der schneidenden Zange entfernt, und es zeigte sich nun am linken Stimmband, in dessen hinterem Drittel, eine Ulceration, die später jedoch auch zur völligen Vernarbung gebracht wurde. Die histologische Untersuchung ergab wieder Tuberculose. November 1896 sah ich Patientin zum letzten Male; Epiglottis und Larynx ohne Recidiv. An der Stelle des früheren Ulcus befand sich eine kleine Einbuchtung; Stimme etwas rauh. Patientin hat sich später nicht mehr vorgestellt.

Es handelte sich somit in diesen Fällen um papillomähnliche, mit Schleimhaut überzogene Tumoren; in beiden Fällen war eine Lungenaffection durch die klinische Untersuchung nicht nachweisbar. Natürlich konnten ja trotzdem bereits geringe, aber eben durch die Untersuchung nicht nachweisbare Veränderungen in den Lungen vorhanden sein; jedenfalls muss man klinisch diese Fälle als primäre Larynxtuberculose betrachten. Und zwar stellt der erste Fall das Frühstadium der Larynxtuberculose dar, wo sich lediglich Tumorbildung ohne sonstige specifische Veränderungen des Larynx finden, während der zweite sich bereits in einem späteren Stadium befand, da sich neben den papillären Tumoren auch schon phthisische Veränderungen — Ulceration am linken Stimmband — vorfanden. Jedenfalls stimme ich Avellis bei, dass man die Tumorbildung in solchen Fällen als das Primäre ansehen muss.

Im Uebrigen bestätigten sich die bereits früher gemachten Erfahrungen betreffs langsamen Wachsthums und geringer subjectiver Beschwerden. Die von Dehio vertretene Ansicht, dass man diese Tumoren nicht operiren soll, um nicht so Gelegenheit zur Bildung einer acuten Miliartuberculose zu bieten, ist wohl längst als hinfällig zu betrachten. Auch hier wurde mittelst endolaryngealer Exstirpation, ebenso wie bei einigen früher publicirten Fällen ein so sehr zufriedenstellendes Resultat erzielt, wie man es durch andere therapeutische Maassnahmen wohl schwerlich erreichen könnte.

[4]) Strauss-Paris, Ueber das Vorkommen des Tuberkelbacillus in der Nasenhöhle des gesunden Menschen. Münch. med. Wochenschrift 1894, No. 28.

[5]) Avellis, Tuberculöse Larynxgeschwülste. Deutsche med. Wochenschr. 1891, No. 32 u. 33.

Prolapsus uteri totalis bei einer Neugeborenen. Spina bifida.

Von Dr. *Hanssen*, Lägerdorf.

Die Veröffentlichung von L. Krause im Centralblatt für Gynäkologie (No. 16, 1897) gibt mir Veranlassung, einen ähnlichen Fall bekannt zu machen, den ich vor einigen Wochen beobachten konnte.

Ich wurde von der Hebamme zu einer 23jährigen III. Para gerufen, weil die Geburt nicht vorwärts ginge. Bei meiner Ankunft berichtete mir die Hebamme, dass sie aus dem Befund nicht recht klar werden könne, da der Kopf anscheinend vorliege, aber keine Nähte zu fühlen seien. Ich liess die Hebamme, während ich mich desinficirte, noch einmal untersuchen. Bei der Untersuchung ging plötzlich ziemlich viel Flüssigkeit ab, und der Steiss des Kindes kam zum Vorschein, der übrige Körper folgte alsbald. Bei näherer Untersuchung fand sich auf dem Rücken des Kindes eine gänseeigrosse Spina bifida vor, welche an der Seite einen Riss von 2 cm Länge zeigte. Aus diesem Risse hatte sich der Liquor cerebrospinalis entleert und durch die Raumverminderung war die Geburt spontan zu Stande gekommen, während vorher die pralle Geschwulst ein Tiefertreten des Steisses unmöglich machte. Da der Riss eine Infectionsgefahr bedingte, exstirpirte ich sofort die Geschwulst, indem ich an beiden Seiten so viel von der Haut abtrug, dass ich den Rest bequem durch die Naht über dem offenen Rückenmarkscanal schliessen konnte. Dabei war nicht zu vermeiden, dass ein Theil des Epithels mitentfernt wurde. Die Geschwulst hatte vom 2. bis 3. Lendenwirbel bis zur Mitte des Kreuzbeins gereicht. Die Innenseite der Geschwulst war mit grau-blauem Epithel bekleidet und zeigte ausserdem einige symmetrisch nach Art der Rückenmarksnerven freiverlaufende Stränge. Nach der Operation floss noch etwas Liquor cerebro-spinalis ab. Das Kind bot im Uebrigen keine krankhaften Erscheinungen dar, es nahm die Brust gut; jedoch stand die Afteröffnung etwas vor und war die Schleimhaut in geringem Grade vorgestülpt. Die unteren Extremitäten wurden im Kniegelenk gebeugt gehalten, sie wurden nicht bewegt. Spitzfussstellung bestand nicht.

Am zweiten Tage nach der Operation wurde ich wieder zu dem Kinde gerufen, «weil sich etwas vorgestülpt habe». Ich fand nun zu meiner Ueberraschung den Uterus des Kindes vollkommen vorgefallen. Bei Druck auf die Bauchdecken tritt der Uterus etwa

3 bis 4 cm zwischen den Schamlippen vor. Die Portio vaginalis ist 2,5 cm breit, die Schleimhaut stark geröthet, aus dem Muttermund fliesst reichlich gelbweisser Schleim. Die Uterushöhle lässt sich mit einer Sonde von 2 mm Durchmesser bequem bis auf 3 cm sondiren. Der Uterus lässt sich leicht zurückbringen, fällt aber sofort wieder vor, auch durch feste Wattetampons gelingt es nicht, ihn zurückzuhalten. Sonst zeigte das Verhalten des Kindes keine Veränderung, der After steht offen, Koth geht oft ab. Die Operationswunde ist verklebt bis auf eine kleine Oeffnung, der Verband ist von reichlicher Flüssigkeit durchnässt.

Am 9. Tage nach der Geburt geht das Kind zu Grunde, wahrscheinlich an Säfteverlust, durch Incontinenz des Afters verursacht. Die Wunde ist bis auf eine kleine Oeffnung geschlossen, aseptisch geheilt. Section nicht gestattet.

Es handelt sich also um einen Prolaps des Uterus bei einer Neugeborenen, welche eine Spina bifida hatte. Es sind von Prolaps des Uterus bei Neugeborenen bisher nur vier Fälle bekannt geworden (Quisling, Schäffer, Heil, Krause).

Mein Fall war den anderen beschriebenen ähnlich, er war ebenfalls vergesellschaftet mit Spina bifida, bot ebenfalls Hypertrophie der Portio vaginalis und Oedem der Schleimhaut dar. Eine Secretion aus dem Cervicalcanal wurde in den übrigen Fällen nicht beobachtet.

Ich halte den Vorfall des Uterus für eine Folge der Spina bifida, weil alle bisher beobachteten Fälle von Prolaps des Uterus beim neugeborenen Mädchen mit Spina bifida complicirt waren. In meinem Falle hatte ich entschieden den Eindruck, als ob der Uterusprolaps centrale Ursachen habe, obgleich ich für diese Ansicht keine Erklärung geben kann. Die mangelhafte Ernährung der Beckenorgane, das Schwinden des Fettgewebes, Lockerung des ganzen den Uterus stützenden Apparates, wie es Krause annimmt, möchte ich nicht allein als Ursache für das Zustandekommen des Uterusprolapses beschuldigen.

Ueber den Einfluss der Beleuchtung auf die Sehschärfe und die Entstehung von Kurzsichtigkeit.

Von Generalarzt Dr. *Seggel* in München.

(Schluss.)

Bisher hat man sich damit beruhigt, dass die Zunahme der Kurzsichtigkeit und der Kurzsichtigen sich auf die gebildeten Stände beschränke und gewissermaassen an den Besuch der Mittelschulen gebunden sei. Es ist dies nicht der Fall. Tafel II hat uns schon eines anderen belehrt, da sie zeigte, dass auch in der Volksschule schon ziemlich Viele kurzsichtig werden. Es dringt in der That die Kurzsichtigkeit in immer weitere Kreise und sogar in die ländliche Bevölkerung. Seit einer Reihe von Jahren habe ich die Zahl der Kurzsichtigen unter den mir zur Untersuchung geschickten Rekruten festgestellt und habe das Ergebniss in nachstehender Tabelle zusammengestellt.

Es waren Rekruten kurzsichtig:

			darunter Landleute	
	im Ganzen	pro Jahr	im Ganzen	pro Jahr
1879—1883 innerhalb 5 Jahren	150	30	37	7
1884—1888 „ 5 „	323	65	75	15
1889—1893 „ 5 „	458	91	135	27
1894—1896 „ 3 „	380	126	116	38

Die Vermehrung der Kurzsichtigen unter den Rekruten und besonders denen, welche den landwirthschaftlichen Beruf treiben, ergibt sich aus dieser Zusammenstellung zur Evidenz und zwar geht aus dem Vergleiche der 4 Zeitperioden eine Zunahme im Verhältniss 1 : 2 : 3 : 4 bei den Rekruten überhaupt und im Verhältniss von 1 : 2 : 4 : 5,4 bei den Landleuten insbesondere hervor. Es gibt dies doch zu recht ernstlichem Bedenken Anlass und lässt die Bekämpfung der Myopie durch hygienische Maassregeln in der Schule als ein dringendes Gebot erscheinen, denn auch die bei den Rekruten constatirte Kurzsichtigkeit ist eine reine Schulmyopie.

Wie ich nun schon lange in meinen verschiedenen Veröffentlichungen hervorgehoben habe, schädigt die Kurzsichtigkeit weniger dadurch, dass sie zum Tragen von Augengläsern nöthigt, um in die Ferne gut zu sehen, als dadurch, dass mit ihrem Eintreten die Sehschärfe leidet. Diese Schädigung tritt nun vorzugsweise bei den Leuten der niederen Stände ein, wie ich es eben bei den Rekrutenuntersuchungen feststellen konnte. Bei diesen erhielt ich nur bei dem 4. Theil der Kurzsichtigen normale Sehschärfe, nachdem der Kurzsichtigkeitsgrad und eventuell ein nebenbei vorhandener Astigmatismus durch Brille corrigirt war. Bei Leuten aus den gebildeten Ständen, welche niedere und mittlere Grade von Myopie haben, mässig arbeiten und sich zu ihren Arbeiten eine gute Beleuchtung verschaffen können, zeigen sich schon bessere Verhältnisse der Sehschärfen, so dass schon etwas über die Hälfte S = 1 und auch noch etwas besser hat. Die sog. Büffler, welche überdies noch bei schlechter Beleuchtung, früher noch bei kärglicher Oellampe oder Kerzenlicht arbeiteten, hatten immer schlechte Sehschärfen. Schon das Petroleum hat hier grossen Nutzen gestiftet. Beiläufig sei hier bemerkt, dass ausser erblicher Belastung und starker Anstrengung der Augen unter ungünstigen Beleuchtungsverhältnissen schlechte Ernährung und Anaemie ein disponirendes Moment für Kurzsichtigkeit bilden, da hier die Resistenz der Sklera gegen inneren und äusseren Druck eine geringere ist und damit leichter eine Ausdehnung am hinteren Augenpole mit Verlängerung der Augenachse bewirkt werden kann.

Eine weitere Erfahrung, welche ich während meiner langjährigen Thätigkeit als Instituts-Augenarzt gemacht und auf die ich schon Eingangs kurz hingewiesen habe, ist die, dass sich die Sehschärfe nicht nur mit, sondern recht häufig schon vor Eintritt der Myopie verschlechtert, wobei Röthung und Hyperaemie der Papille ophthalmoskopisch festgestellt wurde. Nach Stillstand des entzündlichen myopischen Processes, welcher sich auch durch die bekannten subjectiven Beschwerden bemerklich machte, besserte sich allerdings die Sehschärfe wieder, erreichte auch zuweilen wieder ihren früheren Grad, in gar nicht wenig Fällen aber blieb die Sehschärfe dauernd unter die normale herabgesetzt. Unter vielen 3 Beispiele:

1) St., Gymnasiast, dann Postadspirant
mit 10 Jahren M 3, 5, S $^6/_{18}$ } kein Conus, geröthete Papillen
„ 12 „ M 5, S $^6/_9$
„ 16 „ M 6, S $^6/_{12}$ } do. L $^1/_4$ R $^1/_3$ P br. Conus
„ 19 „ LM 8, RM 7, S $^6/_6$ $^3/_5$ P breiter Conus[3])
wurde mit 15 Jahren wegen seiner schlechten Augen von einem Optiker nicht als Lehrling angenommen.

2) B., Gymnasiast
mit 12 $^1/_2$ Jahren E, S $^6/_6$
„ 13 $^1/_4$ „ E, S $^6/_6$
„ 14 „ M 1, S $^6/_6$
„ 14 $^1/_2$ „ M 1,5, S $^6/_6$
„ 15 „ M 2, S $^6/_6$
„ 16 „ M 2,25, S $^6/_6$
„ 19 „ M 3, S $^6/_6$

3) E., Gymnasiast
mit 12 Jahren M 4, S $^6/_6$
„ 12 $^1/_2$ „ M 4, S $^6/_6$
„ 13 „ M 5, S $^6/_9$
„ 19 „ M 5, S $^6/_9$

B. erreichte also seine frühere S $^6/_6$ nicht mehr, bei St. besserte sich dieselbe, nachdem die M stationär geworden war, bei E. blieb sie dauernd verschlechtert. Der Fall 1 ist ein äusserst seltener und interessanter Fall von Besserung der S bei Myopie. Andere Beispiele von Verschlechterung der S finden sich in vor. Nummer dieser Wochenschrift.

Ueberhaupt fand ich im k. Erziehungs-Institute für Studirende entsprechend den beiden Perioden für Eintritt der Kurzsichtigkeit, ererbte in den untern, erworbene in den mittleren Classen, vorzugsweise der 5. Classe, die Sehschärfe durchschnittlich am schlechtesten in den 3 mittleren Classen, etwas besser in den 3 untersten Classen und am besten in den drei oberen Classen. Das Verhältniss der Durchschnittssehschärfe ist $^6/_6$ für die 3 untersten, $^5/_6$ für die 3 mittleren und $^7/_6$ für die 3 obersten Classen. Es ist damit zugleich ein Beweis für den günstigen Einfluss der hygienischen Einrichtungen des Institutes besonders in Bezug auf die Beleuchtung geliefert, da die Zöglinge welche am längsten im Institut waren, durchschnittlich die beste Durchschnittssehschärfe hatten, während ausserdem sicherlich eine solche Besserung nicht eintreten würde.

So scheint es mir denn keinem Zweifel zu unterliegen, dass der Eintritt von Kurzsichtigkeit die Sehschärfe schädigt. Es

[3]) Vergl. meine Arbeit in v. Graefe's Archiv für Ophthalmologie. XXXVI. 2, S. 31. Ueber die Beziehungen des Conus zur Refraction.

könnte mir allerdings entgegengehalten werden, dass auch viele emmetropische und hypermetropische Augen nicht normale Sehschärfe haben, wenigstens nicht erheblich prävaliren. Diesem Einwande konnte ich schon früher begegnen, als ich den Nachweis zu erbringen versuchte, dass der auf Snellen's Autorität als normal angenommene Sehschärfewerth von $^6/_6$, welchem ein Sehwinkel von 5 Minuten zu Grunde gelegt ist, schon die engste Grenze einer als normal anzuerkennenden Sehschärfe zieht. Bei der Untersuchung von 1560 Soldaten, worunter sehr wenige Kurzsichtige sich befanden, fand ich im Jahre 1873, dass 72 Proc. der untersuchten Augen normale S und besser, davon 56 Proc. eine bessere Sehschärfe als die normale, und einzelne Leute sogar eine S hatten, welche doppelt so gut war als die normale = $^{12}/_6$. Bei 284 militärdiensttauglichen Einjährig-Freiwilligen und Fähnrichen, unter welchen die Mehrzahl (58 Proc.) kurzsichtig war, erhielt ich dagegen im Jahre 1878 nur 38,6 Proc. — gegen 72 Proc. bei den Soldaten — mit normaler S und besser, und zwar war hier $^8/_6$ die beste.

Ungefähr die gleichen Sehschärfen, wie ich sie für die nicht kurzsichtigen Mannschaften erhielt, wurden fast gleichzeitig, d. i. ebenfalls in den siebziger Jahren von 2 preussischen Militärärzten, noch etwas bessere von Generalarzt Dr. Burchardt gefunden, welch' Letzterer jedoch ausgesuchte Artilleristen untersucht hat. Von russischen Militärärzten und bei Naturvölkern, besonders bei den Nubiern, wurden einige Jahre darauf sogar einzelne Leute mit Sehleistungen gefunden, welche den dreifachen Werth der normalen = $^{18}/_6$ hatten, d. h. sie erkannten Probeobjecte, welche das conventionell als normalsichtig angenommene Auge auf 6 m erkennt, auf die dreifache Entfernung = 18 m.

Nun hat vor Kurzem, angeregt durch die Untersuchungen Prof. H. Cohn's[4]) über die Sehleistungen der Helgoländer und der auf Helgoland stationirten Mannschaften der kaiserlichen Marine, einer meiner früheren Zuhörer, Herr Stabsarzt Seitz, bei den Mannschaften des k. 1. Fuss-Artillerie-Regimentes (468 Mann) eine Prüfung der Sehleistung vorgenommen und ebenso wie Cohn geradezu überraschend gute Resultate erhalten. Cohn fand nämlich übernormale Sehleistung bei 86 Proc. der Helgoländer und bei 92 Proc. der Marineartilleristen, Seitz sogar bei 95,9 Proc. der Fussartilleristen. Cohn erhielt als höchste Sehleistung eine 3fache und eine 2—3fache bei 30 Proc., Seitz bei 87 Proc. eine 2—3fache.

Da diese Ergebnisse neuerlicher Sehprüfungen mit den früheren von mir und den preussischen Collegen angestellten so ausserordentlich contrastirten, und nachdem ich besonders in Berücksichtigung zog, dass 3fache Sehleistung sonst nur bei Naturvölkern und in der russischen Armee vereinzelt vorkam, so fühlte ich mich veranlasst, auch bei einem hiesigen Regimente wieder Sehprüfungen vornehmen zu lassen. Es wurden in dankenswerther Weise von meinem Assistenten, Herrn Assistenzarzt I. Classe Dr. Glas und Einjährigfreiwilligem Arzt Urbahn, 930 Mann des k. 3. Feld-Artillerie-Regimentes im Freien, bei hellem Wetter, wenn auch bedecktem Himmel, wie es auch von Cohn und Seitz geschah, untersucht. Aus der sehr genau vorgenommenen Untersuchung ergab sich nun folgendes Resultat:

Es hatten

übernormale Sehleistung 92,6 Proc.
S = 2 und besser 51,16 „

mit 3facher Sehleistung erhielten wir 4 Mann und ein weiterer hatte sogar S = 19/6.

Ueberraschend gut und viel besser als ich erwartet hatte, war also auch unser Ergebniss. Einschränkend muss ich allerdings bemerken, dass wir ebenso wie Cohn und Seitz zunächst mit Haken prüften (Cohn's Tafel). Wir thaten dies, um einen einwandsfreien Vergleich anstellen zu können, doch hielt ich es für nothwendig, gleichzeitig mit den Snellen'schen Buchstabenproben zu prüfen und zwar aus einem zweifachen Grunde, einmal, um mit meinen früheren Untersuchungsresultaten einen Vergleich ziehen zu können, dann weil ich die Erfahrung gemacht hatte, dass die Haken auf etwas grössere Entfernung erkannt werden. Diese Erfahrung fand sich denn auch bestätigt, wir erhielten

[4]) Deutsche Medic. Wochenschrift 1896, Nr. 43.

Tabelle V

	mit den Buchstabenproben geprüft	mit Haken geprüft dagegen
mit S besser als $^6/_6$ nur	86,24 Proc.	92,59 Proc.
„ S = $^{12}/_6$ und besser	27,53 „	51,16 „
3fache S = $^{18}/_6$ und besser	2 Mann	5 Mann,

doch sind auch diese Ergebnisse gegen die früheren noch geradezu glänzende und hoch erfreuliche.

Tabelle VI.

Vergleich der früheren mit den jetzigen Sehleistungen, sowie nach Schulbesuch.

(mit Buchstaben geprüft)	1897		nur Volksschulbildung 1873		Mittelschulbildung 1878	
Uebernormale S > $^6/_6$	86,2 Proc.	92,7	56 Proc.	72	**21,6 Proc.**	38,6
Normale S = $^6/_6$	6,5 „		16 „		**17,0 „**	
Doppelte S = $^{12}/_6$	12,0 „		0,25 „		—	
Unternormale S < $^6/_6$	7,3 „		28,0 „		**61,4 „**	

Tabelle VI gibt die Besserung der Sehschärfe gegen früher in übersichtlicher Zusammenstellung und lässt zugleich ersehen, wie viel schlechter die Sehschärfe der Einjährigen und Chargirten war, welche Mittelschulen besucht bezw. absolvirt hatten und unter denen sich sehr viele Kurzsichtige — und zwar corrigirte — befanden.

Zu welchem Schlusse berechtigen nun die neuerlichen Ergebnisse der Sehschärfeprüfungen im Vergleich zu den früheren?

Wenn letztere sich auch nur auf Südbayern bezw. südbayerische Ergänzungsbezirke, hauptsächlich Schwaben, Oberbayern, südliches Mittelfranken erstreckten, somit noch keine allgemeine Bedeutung gewinnen können, so glaube ich doch nicht zu irren, wenn ich annehme, dass dadurch eine bedeutende Besserung der Augen gegen früher signalisirt ist.

Mit aller Entschiedenheit geht aber aus den Untersuchungen hervor, dass der bisher und den früheren Verhältnissen etwa entsprechende, als normal angenommene Sehschärfewerth zu nieder steht. Eine Sehschärfe von $^6/_6$ ist jetzt schon als eine herabgesetzte zu betrachten. Als weiterer Beweis dafür, dass S = $^6/_6$, als normale nicht mehr Giltigkeit hat, möchte ich noch kurz Folgendes anführen:

Im Jahre 1873 fand ich S = $^6/_6$ noch relativ am häufigsten, nämlich

bei 500 Augen von 3120 i. e. bei 16 Proc.,

bei unserer neuerlichen Untersuchung fand sich S = $^6/_6$ dagegen relativ selten, nämlich

bei 60 Mann von 930 i. e. bei 6,5 Proc.

(vgl. Tabelle VI) S = $^{12}/_6$ dagegen hatten 110 Mann i. e. 12 Proc., S = $^6/_6$ fand sich überhaupt seltener als jeder andere Sehschärfewerth zwischen $^7/_6$ und $^{13}/_6$, der Sehschärfenwerth $^6/_6$ (cf. Tabelle VII) hat also auch seine frühere numerische Präponderanz verloren.

Tabelle VII.

Sehschärfen der Artilleristen in Proc.

S	< $^6/_6$	$^6/_6$	$^7/_6$	$^8/_6$	$^9/_6$	$^{10}/_6$	$^{11}/_6$	$^{12}/_6$
Proc.	7,31	6,45	7,42	10,86	12,47	14,09	13,87	11,83
S	$^{13}/_6$	$^{14}/_6$	$^{15}/_6$	$^{16}/_6$	$^{17}/_6$	$^{18}/_6$	$^{19}/_6$	
Proc.	7,53	4,84	2,04	1,07	—	0,11	0,11	

Wie verhält sich die Besserung der Sehschärfe bei den Kurzsichtigen? Auch hier haben sich, wie gelegentlich schon erwähnt und später noch nachgewiesen werden wird, unter günstigen hygienischen Bedingungen die Sehschärfen etwas gebessert, aber solche eminente Sehleistungen, wie sie für nichtmyopische Augen jetzt constatirt werden, sind hier nicht anzutreffen. Sehschärfen besser als $^6/_6$, sind auch jetzt schon ziemlich seltene Ausnahmen, $^9/_6$, die beste Sehschärfe, welche ich bei Myopie gefunden habe und Sehschärfen mit $^6/_6$ und besser halten denen unter $^6/_6$ ungefähr die Waage.

Die Thatsache, dass der Eintritt von Kurzsichtigkeit bezw. der myopische Process die Sehschärfe schädigt, beschränkt sich demnach nicht etwa nur auf einzelne Fälle, sondern kann in ihrer allgemeinen Geltung nicht mehr bestritten werden.

Zunächst drängt sich nun die Frage auf, welches sind die Ursachen davon, dass sich jetzt so viele bessere Sehschärfen als früher und zwar auch bei den Erwachsenen — bei Kindern wurden

sie von Cohn ja schon früher festgestellt — finden? Der Schulbesuch besteht nach wie vor, ist sogar intensiver und extensiver geworden, die Anforderungen an die Augen haben sich sogar gesteigert. Abgeschen von der besseren Ernährung und Lebenshaltung, welche jedoch mehr für die Stadtbewohner und überhaupt keine hervorstechende Bedeutung hat, können nur die gegen früher besseren Beleuchtungsverhältnisse die Ursache sein und in erster Linie die in den letzten drei Jahrzehnten erbauten, den hygienischen Anforderungen an die Beleuchtung entsprechenden Schulhäuser. Neue, schöne und helle Schulzimmer findet man jetzt auch auf dem Lande schon sehr häufig, insbesondere haben sie dort immer eine freie, dem directen Sonnenlichte zugängliche Lage. Wir fanden desshalb bei den Soldaten, welche die Dorfschule besucht hatten, etwas mehr Sehschärfen = 2 und besser als in den Stadtschulen, während sich im Allgemeinen kein wesentlicher Unterschied zwischen den einzelnen Berufszweigen ergab. Wir berechneten sogar, dass die gewerbetreibenden Leute im Allgemeinen noch etwas bessere Sehleistungen zeigten, als die Bauern; jene hatten nämlich mit S = 2 und besser 31 Proc., diese nur 25 Proc. nach Sehprüfung mit den Snellen'schen Probebuchstaben. 27,5 Proc. ergab sich als Mittel.

Einem Einwande muss ich hier gleich begegnen, der sich Ihnen, meine Herren, auch sofort aufdrängen wird: Wie lassen sich die Thatsachen vereinigen, dass unter dem günstigen Einflusse der Schulhygiene in den letzten Jahren die Sehleistungen sich so sehr gebessert haben, während doch andererseits die Kurzsichtigen und zwar auch in den niederen Ständen sich vermehrt haben?

Ich glaube mir diesen Widerspruch so erklären zu können: Die Zunahme der Kurzsichtigen hat schon mit Einführung des obligatorischen Schulzwanges begonnen und ist eine nicht völlig zu vermeidende Consequenz desselben. Bildung und Kenntnisse lassen sich eben leider nicht ohne eine gewisse, aber eben in Schranken zu haltende Schädigung der Augen erwerben. Die Schädigung der Augen durch die Schule hat jedoch nicht sofort seine Wirkung auf die Augen manifest werden lassen, bei den vorausgehenden Generationen hat er nicht wirkliche statische Myopie, sondern nur dynamische i. e. durch Accommodationsspasmus bedingte und damit die Disposition zu Kurzsichtigkeit hervorgerufen, welche nun bei den späteren Generationen zur statischen beziehentlich zur Achsenmyopie sich entwickelte. Ueberdies bestehen ja noch zahlreiche Schulen und besonders Gymnasien mit schlechter Beleuchtung, und werden namentlich auch die Augen bei der Hausarbeit vielfach verdorben. In ersterer Linie ist aber immer die sich immer weiter ausdehnende hereditäre Anlage anzuklagen.

Einen Beweis, dass Besserung der Sehschärfe neben Entstehung von Myopie eintreten kann, liefern mir meine Untersuchungen am hiesigen k. Erziehungs-Institute für Studirende.

In diesem Institute gelang es nicht, trotz der eingeführten vorzüglichen sowohl künstlichen als Tagesbeleuchtung der Arbeitssäle, den Procentsatz der Kurzsichtigen herabzusetzen, ja er drohte sogar, trotzdem im Institute im Verhältniss zu anderen Anstalten nur sehr wenige Zöglinge kurzsichtig werden, wieder anzusteigen; die Ursache ist eben, dass immer mehr erblich belastete Kurzsichtige, darunter besonders Lehrersöhne, eintreten, theilweise trägt auch der Besuch des Ludwigs-Gymnasiums, in welchem in Bezug auf Beleuchtung sehr ungünstige Verhältnisse bestehen, die Schuld. Im Nymphenburger Mädchen-Erziehungs-Institute liegen dagegen die hereditären Einflüsse besser, auch sind hier die Beleuchtungsverhältnisse — aber nur relativ — dadurch günstiger, dass die Zöglinge nicht nebenbei ein Gymnasium mit ungenügenden hygienischen Einrichtungen besuchen. In diesem Institute ist denn auch der Procentsatz der Kurzsichtigen von 45 im Jahre 1882 auf 22 im vorigen Jahre, 20,3 in diesem Jahre stetig zurückgegangen und damit unter die Hälfte des früheren Procentsatzes gesunken, während bei den Studirenden sich derselbe auf der Höhe von 50 erhält.

Bezüglich der Sehschärfe haben sich nun aber die Verhältnisse in beiden Instituten sehr erfreulich gebessert. Im männlichen Erziehungs-Institute ist die durchschnittliche Sehschärfe von $^{7}/_{9}$ im Jahre 1881 auf $^{9}/_{9}$, i. e. die normale, gestiegen und 72 Proc. der Zöglinge haben jetzt normale Sehschärfe und besser, während im Jahre 1880 nur 40 eine solche Sehschärfe hatten. Im Mädcheninstitute betrug im Jahre 1882 die Durchschnittssehschärfe genau ebenso wie bei den Studirenden $^{7}/_{9}$ und ist jetzt sogar besser als die normale = $^{38}/_{36}$; in gleicher Weise ist auch der Procentsatz der Normalsichtigen und derer mit Sehschärfe besser als 1 von 43 auf 80 gestiegen.

Noch eclatanter tritt die Besserung der Sehschärfe in den beiden Instituten hervor, wenn man sie mit den Resultaten vergleicht, welche ich im Jahre 1878 bei den durchweg militärdiensttauglichen jungen Leuten, welche die Mittelschulen besucht und grösstentheils absolvirt hatten, erhielt (vergl. Tabelle VI). Dieselben hatten, wie wir gesehen haben, nur 38 Proc. mit normaler Sehschärfe und besser.

Es ist somit zugleich der Beweis geliefert, dass die Besserung der Sehschärfe nicht nur auf die von Cohn, Seitz und uns geprüften Soldaten, welche nur die Volksschule besucht und ihre Augen wenig angestrengt haben, beschränkt ist, sondern unter günstigen hygienischen Bedingungen auch in Mittelschulen bei grösserer Anstrengung der Augen eintritt.

Dass wir für die ersteren, die Soldaten, in den neuen hellen Schulgebäuden, welche wir jetzt auch auf dem Lande schon sehr häufig treffen, für die letzteren, die Institutszöglinge, in den Umbauten, welche eine bessere Tagesbeleuchtung gewährten, und in der eingeführten besseren künstlichen Beleuchtung, somit im Allgemeinen in den besseren Beleuchtungsverhältnissen die Ursache der so erheblichen Besserung der Sehleistung zu finden haben, dürfte somit einem Zweifel um so weniger unterliegen, als in den beiden Instituten ausschlaggebende Aenderungen der übrigen hygienischen Maassnahmen aus äusseren Gründen nicht oder nur theilweise durchführbar waren. Die praktischen Consequenzen ergeben sich hieraus von selbst und erscheint es daher als ein dringendes Gebot, dass ausnahmslos unsere Mittelschulen, aber auch Arbeitsräume, Bureaux, Comptoirs etc. den hygienischen Anforderungen an eine gute Beleuchtung entsprechen müssen.

Wird hier energisch vorgegangen, so können wir hinsichtlich der Zukunft auch in militärischer Richtung völlig beruhigt sein und unsere Soldaten werden auch den russischen Soldaten und Naturvölkern mit ihrer Sehleistung nicht mehr nachstehen.

Die Wirkung guter Beleuchtung auf die Sehschärfe wird von den Fachgenossen sicherlich noch unterschätzt. Wenn z. B. Katz gegen Cohn, welcher eine künstliche Beleuchtung von mindestens 10 m Kerzenstärke fordert, die Ansicht vertritt, dass eine Beleuchtung von 4 m Kerzenstärke noch genüge, da hiebei ein normalsichtiges Auge noch S 0,7 habe, so muss nach dem, was ich Ihnen, m. H., heute mitgetheilt habe, einer solchen Anschauung als unrichtig und schädlich mit aller Entschiedenheit widersprochen werden. Es lässt sich derselben schon einfach dadurch begegnen, dass bei guter Tagesbeleuchtung die mittlere Helligkeit eines Schülerplatzes zu 1000 m Kerzen angenommen werden kann. Die Helligkeitsschwankungen des Tageslichtes finden zwischen 305 und 11 430 m Kerzen statt; an schlecht beleuchteten, weit vom Fenster abgelegenen Schülerplätzen kann aber an trüben Tagen die Platzhelligkeit sogar kleiner als die einer 1 m Kerze sein. Für die Sehschärfe gilt nun nach Aubert und Posch[5]) das Gesetz, dass, wenn die Lichtintensität in geometrischer Progression abnimmt, die Sehschärfe etwas schneller als in arithmetischer Progression sich mindert.

Parallelversuche, welche wir bei unseren Augenuntersuchungen bei den Artilleristen machten, bestätigen den erheblichen Einfluss der Beleuchtung auf die Sehleistung. Im geschlossenen Raume, einem grossen Saale des Garnisonslazareths zeigten dieselben Leute an einem hellen Tage nicht die gleichen Sehleistungen wie im Freien, und im gleichen Raume an einem etwas trüben Tage noch geringere. Das Verhältniss war:

$^{14}/_{6}$	$^{12}/_{6}$	$^{10}/_{6}$	bei Prüfung mit den Hakentafeln,
$^{13}/_{6}$	$^{10}/_{6}$	$^{8}/_{6}$	mit Buchstabenproben.
im Freien,	am hellen,	am dunkeln	
	Tage im Zimmer.		

Für das Erkennen der Buchstabenproben war also die Beleuchtung von noch etwas grösserem Einflusse.

[5]) Cohn, Lehrbuch der Hygiene des Auges. Wien u. Leipzig 1892, Urban & Schwarzenberg.

Wie wichtig gute Beleuchtung für Hebung der Sehkraft ist, kann ich an meinem eigenen Beispiele darthun. Wegen meiner Presbyopie vermag ich auch bei guter künstlicher Beleuchtung mittleren Zeitungsdruck nur mit Mühe, kleinen gar nicht mehr zu lesen, während mir beides bei nur leidlicher Tagesbeleuchtung auf der Plattform des Trambahnwagens stehend — aber nicht im Innern des Wagens — keine Schwierigkeiten macht. Bei Hochgebirgstouren ist es mir am Abend bei der dürftigen Beleuchtung in einer Schutzhütte ohne stärkeres Convexglas als das gewöhnlich benützte nicht möglich, mich mittelst Karte über die geplante Tour zu orientiren. Auf 3000 m hohem Berge und bei klarem Wetter dagegen vermochte ich zu meiner Ueberraschung mit unbewaffnetem Auge alle Berg-, Thal- und Flussbezeichnungen meiner Uebersichtskarte zu lesen. Es geschah dies auf einen Abstand von 1,0 m und berechnete ich hieraus eine Sehschärfe von $^{8}/_{6}$—$^{9}/_{6}$, während ich im mittelhellen geschlossenen Raume nur über S $^{6}/_{6}$ verfüge. Zu der auf hohen Bergen erhaltenen guten Sehschärfe trägt nun auch die Reinheit der Luft bei, ein Factor, der in Schulzimmern und besonders bei künstlicher Beleuchtung sehr oft vermisst wird. Elektrische Beleuchtung und Gasglühlicht verdienen daher wegen Reinheit der Luft den Vorzug vor Petroleum und gewöhnlicher Gasbeleuchtung.

Bei den Presbyopen nun verbietet sich das Lesen und Schreiben bei ungenügender Beleuchtung von selbst. Jugendliche Personen können sich dagegen helfen, indem sie die Objecte annähern und damit unter einen grösseren Gesichtswinkel bringen, ja sie thun dies recht vielfach unnöthiger Weise, wie wir es besonders beim Schreiben und Lesen der Kinder beobachten können. Bei starker und längerer Annäherung der Objecte sind nun aber, wie ich Eingangs meines Vortrages ausgeführt habe, alle die Bedingungen gegeben, welche der Entstehung von Kurzsichtigkeit und Schädigung der Sehschärfe zu Grunde liegen.

Gelegentlich sei noch bemerkt, dass ebenso wie schlechte Beleuchtung auch Astigmatismus ein wichtiges aetiologisches Moment für die Entstehung der Kurzsichtigkeit bildet, eben dadurch, dass er die Sehschärfe herabsetzt und damit zur Annäherung an die Schrift beim Lesen und Schreiben nöthigt. Die genaue Untersuchung auf Astigmatismus und dessen Correctur durch Cylindergläser gewinnt daher eine bisher noch nicht genügend gewürdigte hygienische Bedeutung. Der Astigmatismus ist namentlich bei Schulkindern viel mehr verbreitet, als man glaubt (10 bis 12 Proc.). Es wurde dies zuerst von Steiger[6]) mitgetheilt, und konnte ich es bei meinen Schuluntersuchungen, wie ich in meinem 3. Berichte über den Einfluss der Steil- und Schrägschrift[7]) mitgetheilt habe, bestätigen.

Einen weiteren Beweis, wie wichtig gute Beleuchtung für Erhaltung einer guten Sehleistung und Verhütung der Myopie ist, liefert der mexikanische Ophthalmologe Ramos: Des vices de réfraction à Mexiko comparés avec ceux de l'Europe (X. internationaler Congress. IV. pag. 80). Derselbe weist nach, dass sich in den mexikanischen Mittelschulen bei den Eingeborenen nur 0,3 Proc. Myopen finden, und erklärt dies gewiss richtig daraus, dass die Mexikaner, wie überhaupt alle tropischen Völker, nur bei Tageslicht, welches ja überaus hell ist, und zwar sehr intensiv arbeiten, dagegen gar nicht bei künstlicher Beleuchtung.

Wenn ich noch kurz die militärische Bedeutung der Besserung der Augen hervorheben darf, so möchte ich nur anführen, von welch' grossem Vortheil ein scharfes Auge für den Schützen und den das Geschütz richtenden Artilleristen, sowie für Recognoscirungspatrouillen ist. Ein Mann z. B. mit S = 3 unterscheidet weit entfernte Objecte besser als ein mit 6fach vergrösserndem Zeiss'schen Fernrohr ausgerüsteter kurzsichtiger Chargirter, wenn er auch sogenannte normale Sehschärfe hat.

Zum Erkennen ferner Objecte gehört ausser guter Sehschärfe auch guter quantitativer Farbensinn und guter Lichtsinn. Bei letzterem wird die gerade für das Erkennen von Objecten besonders maassgebende Unterschiedsempfindlichkeit, d. i. die Differenzirung von geringen Helligkeitsunterschieden durch den myopischen Process ebenso wie die Sehschärfe geschädigt. Die Schädigung des centralen quantitativen Farbensinnes bei Kurzsichtigen habe ich früher schon nachgewiesen[8]), die des Lichtsinnes konnte ich in neuerer Zeit mittels meiner Lichtsinntafeln feststellen. Hier darauf näher einzugehen, würde Ihre Geduld zu lange in Anspruch nehmen, und muss ich mir nähere Mittheilung auf eine andere Gelegenheit ersparen. Nur bezüglich des centralen quantitativen Farbensinnes will ich das eine Factum hervorheben, dass durch Brille corrigirte myopische Augen, auch wenn sie gute Sehschärfe haben, die kleinen Wolffberg'schen Farbenscheiben, welche gute emmetropiche Augen auf 6—9 m erkennen, immer nur auf geringere Entfernung als 6 m unterscheiden.

M. H., es war mir sehr erfreulich, Ihnen heute auch einmal etwas Günstiges über die Augen unserer Bevölkerung berichten, dazu, wie ich annehmen darf, Ihnen den wohl nicht zu bemängelnden directen Nachweis für den Nutzen der Schulhygiene für die Augen, insbesondere den einer guten Beleuchtung, erbringen zu können. Dass ausser dieser auch noch die übrigen schulhygienischen Einrichtungen: Reinheit der Luft, passende Subsellien, Druck und Schrift, zweckmässige Eintheilung des Unterrichtes, besonders Einlage von Spiel- und Turnstunden, Maximum der häuslichen Arbeit nicht ausser Acht gelassen werden dürfen, möchte ich nur, um nicht missverstanden zu werden, erwähnen. Besonders erfreulich würde es mir sein, wenn es mir gelungen wäre, Sie, m. H., vollständig von der Wichtigkeit hygienischer Maassregeln für die Augen zu überzeugen, da die besten Schuleinrichtungen nicht genügen, wenn nicht die Bestrebungen zur Verbesserung der Sehleistung im Hause und in der Familie Unterstützung finden und hiebei kann gewiss deren Berather, der Hausarzt, das Erspriesslichste leisten.

[6]) Steiger Adolf, Beiträge zur Physiologie und Pathologie der Hornhautkrümmung. Wiesbaden 1893. J. F. Bergmann. — Steiger Adolf, Astigmatismus und Schule, Correspondenzblatt für Schweizer-Aerzte 1897, No. 10.

[7]) Münchener Med. Wochenschrift 1894, No. 4 u. ff.

[8]) Archiv für Augenheilkunde. XVIII. S. 303.

Feuilleton.

Nachträgliches über den Moskauer medicinischen Congress.

Wenn in Rom, einer Einladung der russischen Aerzte folgend, für den XII. med. Congress Moskau gewählt wurde, die zweite und recht abgelegene Hauptstadt Russlands, so geschah es unleugbar in der Absicht, den fremden Besuchern, die mit seltener Ausnahme Russland und Moskau zum ersten Male sahen, den specifisch russischen Charakter der Stadt und ihres Lebens vor Augen zu führen. Man kann nach dem glänzenden Verlauf und dem allgemein befriedigenden Abschluss des Congresses die getroffene Wahl nur billigen; denn wenn auch die Reise durch die staubigen Ebenen in der Augusthitze kein Vergnügen war, so lohnte Moskau durch die Fülle des Interessanten reichlich für die überstandenen Strapazen.

Vor dem Congress ging ein Essai d'esprit unter dem Namen eines russischen Fürsten und Publicisten durch die deutschen Zeitungen, welcher gerade wenig Einladendes enthielt. Wozu medicinische Congresse in Russland abhalten, frug der Verfasser, wenn man im Grunde genommen den Fremden nur einen Firniss zeige und die sehr traurige Wirklichkeit gleissnerisch verberge. Dieser Herr scheint über die Tendenz der internationalen Congresse ebenso wenig im Klaren zu sein, als über die vorhandenen Wohlfahrtseinrichtungen seines eigenen Vaterlandes und trotzdem übte er mit seinen Redensarten an den internationalen medicinischen Congressen, bei denen er die Festgelage als die Hauptsache anzusehen schien, wie an seinen eigenen Landsleuten eine Kritik, die wenig Ansprechendes hatte.

Wenn hervorragende russische Aerzte vor 3 Jahren die Einladung unter Zustimmung der russischen Regierung nach Moskau ergehen liessen, und die Versammlung in Rom diese Einladung mit Freuden ergriff, so war es von den Ersteren das Bewusstsein, ihren fremden Collegen mit Genugthuung ihre medicinischen Bildungsanstalten zeigen zu können, und bei den Letzteren die Stimmung, dass man den russischen Collegen mit einem Besuch in der Centrale ihres Landes eine Ehre erweisen wolle. Alles Andere,

insbesondere volkswirthschaftlich-sociale Betrachtungen liegen vollständig ausserhalb des Rahmens und der Tendenzen der internationalen medicinischen Congresse; denn mit dem Hereinziehen solcher wäre der Boden verloren für ein ruhiges, höfliches wissenschaftliches Zusammenarbeiten. Das schliesst nicht aus, dass man mit offenen Augen Alles besah und sich unabhängig vom Gezeigten und Besprochenen sein Urtheil bildete.

Die Aufnahme, welche alle Congressbesucher in Moskau fanden, entsprach ganz den Erwartungen, welche im Hinweis auf die berühmte Gastfreundschaft der Russen hochgespannt waren. Für die fremden Gäste befanden sich auf den Bahnhöfen Moskaus Orientirungsbureaux, in denen Studenten sich mit Rath und jeglicher Unterstützung zur Verfügung hielten, die Centralbureaux in der städtischen Manège waren von Studenten und jungen Aerztinnen, die der fremden Sprachen mächtig waren, so reichlich besetzt, dass sich alle geschäftlichen Angelegenheiten und Anfragen in der gefälligsten Weise erledigten. Es ist eine angenehme Pflicht, im Namen der vielen fremden Congressbesucher allen Denen, die sich in so freundlicher Weise ihrer angenommen haben, öffentlich zu danken.

Dass die Stadtvertretung von Moskau eine Festlichkeit zu Ehren der fremden Gäste abgelehnt hat, kann nur gebilligt werden, weil man auf allen früheren Congressen die Erfahrung machte, dass öffentliche Festlichkeiten mit Bewirthung für eine solche Menschenmenge nicht ohne ein Gedränge widerlichster Art ablaufen. Nur Concerte, die ja auch von Seiten der Aerzte Moskaus geboten wurden und einen grossen Genuss darboten, sind für solche Massenfeste angängig. Man trägt ein anderes Gefühl nach Hause, die Artigkeit von Collegen empfangen zu haben, denen man gerne bei gleicher Gelegenheit die Gastfreundschaft so gut als möglich erwidern will.

Der Schwerpunkt der wissenschaftlichen Verhandlungen liegt in den Sectionssitzungen und hängt deren Verlauf sehr davon ab, wie gut sie besucht, und die Fächer vertreten sind. Es ist in allen Sectionen sehr ernst und fleissig gearbeitet worden und geben solche Vereinigungen der Aerzte, desjenigen wissenschaftlichen Standes, der mehr als irgend ein anderer wahrhaft international ist, eine Fülle von neuen Anregungen. Auf die wissenschaftlichen Ergebnisse soll jedoch hier nicht eingegangen werden, da dieselben in allen medicinischen Zeitschriften referirt werden.

Das Interessanteste waren die Spitäler, Kliniken und Wohlfahrtseinrichtungen Moskaus. Wenn man auch stets wusste, dass die russische Regierung für wissenschaftliche Institutionen mit einer grossartigen Freigebigkeit zu sorgen pflegt und sowohl in Moskau als Petersburg vorzügliche wissenschaftliche Institute schuf, so wird doch jeder fremde Besucher vor der ausgezeichneten Munificenz und vollendeten Zweckmässigkeit mancher klinischer Institute überrascht worden sein. Und das Bemerkenswertheste dabei ist, dass diese prachtvollen Kliniken für Gynäkologie, Geburtshilfe, Nasen-, Rachen-, Ohrenkrankheiten, Dermatologie u. A. m. aus Privatmitteln der reichen Moskauer Kaufleute in grossartiger Ausdehnung erstellt und der Universität Moskau geschenkt wurden. Auch das städtische Spital, das alt ist, befindet sich in durchaus guter Verfassung. Die grösste Wohlfahrtseinrichtung Moskaus ist das kaiserliche Findelhaus, enthaltend eine Gebärabtheilung, eine Ziehanstalt für Säuglinge und Erziehungsanstalt für die folgenden Lebensjahre. Von der Grossartigkeit dieser Anstalt kann sich Niemand einen Begriff machen, der sie nicht sieht. Die erste Aeusserung Aller, die davon hören, ist die Frage, ob denn eine solche Anstalt nicht der Unsittlichkeit Vorschub leiste? Die russische Regierung hat offenbar die Angelegenheit von jeher anders aufgefasst, sie will Menschenvermehrung zur Besiedelung der weiten öden Länderstrecken — Menschen zur Vermehrung der Macht.

Ueberhaupt bildet der Zug in's Grossartige etwas Charakteristisches für Moskau. Die 440 Kirchen mit ihren meist vergoldeten oder blauen und grünen Kuppeln, die Grösse und prachtvolle Ausstattung der Erlöserkirche, namentlich aber der Kaiserpalast im Kreml machen einen unvergesslichen Eindruck. Aber selbst profane Einrichtungen wie die neuen Handelsreihen — 5 nebeneinander gebaute grosse Galerien — die Badeanstalten mit den ganzen Einrichtungen für römisch-irische Bäder, Schwimmbassin u. s. w., die grossartigen Läden für einfache Gebrauchsartikel (Brod- und Feinbäckerei), die eigenartige Centralisirung in einer Apotheke, ja auch die ausserordentliche Ausdehnung einiger moderner Restaurants bilden Sehenswürdigkeiten der Stadt.

Im Gespräch mit Landsleuten und andern fremden Gästen war eine allgemeine Befriedigung über den Verlauf des Congresses zu constatiren. Für den kommenden ist wegen der Reisevorbereitungen ein Wunsch gerechtfertigt, dass ein genaues Programm, wann die erste allgemeine Sitzung, wann die Sectionssitzungen beginnen, einige Wochen vorher in den medicinischen Zeitschriften bekannt gegeben werde. Gegenüber der allgemeinen Zufriedenheit der fremden Gäste nahmen sich die wiederholt gestellten Fragen von russischen Collegen seltsam aus: «Werden Sie nun hingehen und auf uns schelten?» Ob dieses Misstrauen nur den Deutschen galt, soll nicht untersucht werden. Es genügt festzustellen, dass ein solches Misstrauen vorhanden ist, und wenn auch die Kehrseite der Medaille heisst, dass Niemand einen hinter dem Ofen sucht, der nicht vorher daselbst gesteckt, so sollen diese Zeilen hauptsächlich beweisen, wie ungerecht dieses Misstrauen in den höheren Kreisen Russlands gegen die Ausländer ist. Es ist ja wahr, und es wird Keiner, dem es um Ehrlichkeit zu thun ist, leugnen wollen, dass das armselige Aussehen des niederen Volkes in Russland ebenso viel überraschte, als die Grossartigkeit Moskaus, seiner Kirchen, seiner Bauten, seiner Wohlfahrtseinrichtungen. Selbstredend ist es aber ein Tactfehler, wenn eine solche Wahrnehmung und Anderes dergleichen den gebildeten Russen, die auf völlig gleicher Stufe wie die westlichen Nachbarn stehen, bei erster bester Gelegenheit vorgehalten wird, da man ja sieht, welche Anstrengungen die gebildeten Kreise machen, der Armuth zu helfen und zu steuern.

Solche Gelegenheiten, wie internationale Congresse, tragen dazu bei, Missverständnisse zu beseitigen, die Achtung vor Wissen und Können der ausländischen Collegen zu mehren und die Kälte der internationalen Beziehungen, die heutzutage im Grunde genommen besteht, in dem ärztlichen Stande zu beseitigen. Von diesem Standpunkt aus erfüllen die in Mode gekommenen internationalen Congresse eine wichtige Culturaufgabe.

Referate und Bücheranzeigen.

Dr. **Max Neuburger: Die historische Entwicklung der experimentellen Gehirn- und Rückenmarksphysiologie vor Flourens.** Stuttgart, Enke, 1897. 361 Seiten. Preis 10 Mk.

Das Buch, auf gründlichem Studium der gar nicht unbedeutenden Literatur beruhend, beleuchtet einen ungemein interessanten Abschnitt aus der Geschichte der Medicin. Von den Schwierigkeiten, welche die Bahnbrecher in der Nervenphysiologie zu überwinden hatten, fehlt den Modernen meistens jede Ahnung. Wer denkt daran, dass eines der grössten Hindernisse zum Vorwärtskommen bestand in der Identification von Psyche und Lebenskraft, einer Auffassung, welche damals eben so sehr durch den Sprachgebrauch gegeben war, als sie jetzt schon beim Kinde durch die Sprache ausgeschlossen wird? Gewiss nur Wenige haben sich klar gemacht, dass der jetzige Begriff der Leitungsbahnen erst nach Entdeckung des Galvanismus ausgebildet werden konnte; dass die Entdeckung des Sauerstoffes dem Verständniss der Lungen- und Herzthätigkeit und der richtigen Auffassung des Verhältnisses dieser Functionen zur «Seele» vorausgehen musste. Es erfordert ein sehr gründliches Sichversenken in den Gedankengang Anderer, um zu begreifen, wie Leute, die an der Spitze der Intelligenz standen, noch im letzten Jahrhundert mit uns unendlich roh erscheinenden Experimenten die subtilsten Fragen zu beantworten suchten. Der Verfasser erweist sich als ein geschickter Führer durch diese uns so fremden Zeitabschnitte. Wünschen liesse sich etwa, dass einige Lehrsysteme, deren genaue Kenntniss nicht bei einem grösseren Leserkreis vorausgesetzt werden kann (Animismus, Irritabilität) kurz skizzirt würden; z. B. erscheint auch die Localisation der «Seele» in der Zirbel demjenigen gar nicht mehr so ungeschickt, der die damaligen psychologischen Anschauungen kennt.

Bleuler-Rheinau.

O. Rosenbach-Berlin: **Die Krankheiten des Herzens und ihre Behandlung.** Wien und Leipzig 1897. Urban und Schwarzenberg.

Mit dem nunmehr abgeschlossen vorliegenden Rosenbach'schen Buche ist die Fachliteratur um ein Werk bereichert worden, das sich durch eine ungewöhnliche Vollständigkeit des Inhaltes auszeichnet und neuerdings beredtes Zeugniss ablegt von der bewunderungswürdigen Arbeitskraft des Verfassers, nicht minder aber auch von dessen reichen klinischen Erfahrungen und gründlicher Kenntniss der einschlägigen Literatur. Wohl wird der eine oder andere Punkt der Darstellung nicht allseitige Zustimmung finden, wohl mag mancher hier zuerst ausgesprochene neue, von den bisherigen Anschauungen abweichende Gedanke auf Widerspruch stossen, wohl wird auch die Eintheilung und Gruppirung des Stoffes, der Mangel von Abbildungen und genauen Literaturangaben da und dort fremdartig anmuthen, aber kein Arzt wird sich in die Lectüre des Buches vertiefen, ohne mannigfachste Anregung und Belehrung aus ihm zu schöpfen. Es ist nicht für den Studirenden geschrieben; die zahlreichen philosophischen, physikalischen und psychologischen Erörterungen machen das Studium des Werkes zu keinem leichten, aber wer, wie der Verfasser in seiner Vorrede sagt, «richtig zu suchen und zu lesen versteht und sich die Mühe nicht verdriessen lässt, der Darstellung im vollen Zusammenhang zu folgen, der wird dasselbe nicht ohne Befriedigung aus der Hand legen».

Die verschiedenen Krankheiten des Herzens, des Herzmuskels, des Klappenapparates und der Gefässe, die akustischen Phänomene, die Ursachen der Störungen und die hieraus sich ergebenden therapeutischen Maassnahmen, die Erkrankungen des Herzbeutels, das Verhalten des Herzens im Fieber, die Arteriosklerose und deren Beziehungen zu Allgemeinerkrankungen und zu Veränderungen des Stoffwechsels, Asthma, Stenocardie, nervöse Störungen, sowie besonders auch die Therapie der Herzkrankheiten finden eingehende und erschöpfende Darstellung. Es ist nicht möglich, in einem kurzen Ueberblick Aufschluss über den reichen Inhalt des Buches zu geben; dasselbe birgt in sich so viele anregende, weitschauende Gedanken, dass es einem Jeden angelegentlich empfohlen werden kann. Goldschmidt-Nürnberg.

Wilhelm Haacke: Grundriss der Entwicklungsmechanik. Leipzig 1897. Arthur Georgi. Preis 12 Mark.

Vor uns liegt ein eigenartiges Werk. Es ist nicht, wie sein Titel sagt, ein Grundriss, sondern wie uns der Verfasser in der Vorrede belehrt «ein Lehrbuch im ursprünglichen Sinne dieser Bezeichnung» und bestimmt sowohl für Studirende als auch für Forscher aller möglichen Zweige der Naturwissenschaften, Forscher, die nicht die Entwicklungsmechanik zu ihrem Specialstudium gewählt haben. «Auch den gebildeten Praktiker möchte es unter seinen Lesern sehen». Der Verfasser tritt recht selbstbewusst auf und fordert von seinem Leser, dass er das Werk auch mit «starker Hirnanstrengung» studire.

Wir haben uns dieser Aufgabe unterzogen und gefunden, dass einerseits in dem Buche Haacke's viel mehr enthalten ist, als wir erwarteten, andererseits Dinge, die uns ausserordentlich wichtig erscheinen, nur sehr oberflächlich und laienhaft behandelt sind.

Der Begriff Entwicklungsmechanik ist ausserordentlich weit gefasst, handelt doch ein grosser Abschnitt ausschliesslich von einer rationellen Systematik des Thier- und Pflanzenreiches. Und pag. 142 sagt uns der Verfasser: «Der Entwicklungsmechanik in Verbindung mit der Physiologie liegt die Aufgabe ob, die complicirten, aber dennoch geordneten Tänze festzustellen, welche die Molecüle und Atome im Protoplasma aufführen.»

Sehr dürftig ist das Capitel «Construction des Energidenmechanismus» ausgefallen. Allzu dürftig will es uns scheinen. Die Theorien über Wesen und Structur der Zelle werden nur sehr flüchtig gestreift.

Es ist eine schöne Sache um gute Vergleiche, nur müssen dieselben auch passend und geschmackvoll sein. Beides kann man von den Vergleichen, die der Verfasser mit Vorliebe wählt, durchaus nicht immer behaupten. So spricht er von 2 «in einander gesteckten, dehnbaren Strümpfen» und Gasthäusern mit Centralküchen und solchen mit Kochöfen in den Wohnzimmern. Auch bei Fortfall des wundersamen Rasenplatzes (pag. 141) würde das Verständniss des Textes keineswegs leiden.

Weit gelungener als die 1. Hälfte des Werkes erscheint uns die 2. vom 4. Hauptstück an, das vom «Formbildungsgrund» handelt. Im 5. Hauptstück, betitelt «Von den Formwandlungen», verbreitet sich der Verfasser eingehend über die Entstehung der Missbildungen und streift auch ganz flüchtig die Frage nach der Entstehung der Krankheiten. Das 6. und letzte Hauptstück behandelt den Mechanismus der Stammesgeschichte, die Vererbung erworbener Eigenschaften und dürfte als das weitaus beste des ganzen Werkes anzusehen sein.

Wenn wir auch an dem Haacke'schen Grundriss im Einzelnen Manches auszusetzen haben, so können wir ihn doch, in Sonderheit die 2. Hälfte, Jedem zum Studium empfehlen, der sich für biologische Fragen interessirt, er wird gewiss manches Neue aus ihm erfahren, zu eignem Studium angeregt werden und auch hie und da an der originellen Darstellungsart des Verfassers seine Freude haben. Man sollte sich durch den Anfang nicht von dem Studium des Ganzen abschrecken lassen.

Die Ausstattung des Buches in Druck und Abbildungen, fast ausschliesslich Copien, ist recht gut, der Preis nicht allzu hoch.
R. Krause-Berlin.

Prof. **Rudolf Müller: Entstehungsgeschichte des rothen Kreuzes und der Genfer Convention.** Stuttgart 1897. Verlag von Greiner und Pfeiffer.

Wie schnell unsere Zeit lebt und — vergisst, dafür ist J. H. Dunant wieder ein betrübendes Beispiel. Es sind ein paar Monate, als ein kurzer Aufruf durch die Presse lief, den Lebensabend J. H. Dunant's durch Liebesgaben zu verschönern. Denn er lebe in Dürftigkeit, auf die mitleidige Unterstützung Anderer angewiesen.

Wir leben also immer noch in der nämlichen Welt, die einen Columbus in Ketten warf, einen William Harvey als Betrüger und Schwindler brandmarkte, einen Gutenberg als Dieb verleumdete, einen Franklin und Fulton verlachte, einen Lavoisier guillotinirte. Wir sind noch nicht weiter, die Wohlthäter der Menschheit zu ehren und zu schätzen. Denn sonst könnten wir nicht einen Dunant darben lassen.

Der Name Dunant ist uns jüngerer Generation schon fremd. Es war kurz nach dem italienischen Feldzug von 1859, als der Name dieses Mannes in Vieler Mund kam. Wie hunderte Anderer hatte Dunant die entsetzlichen Greuelszenen, welche sich Ende Juni 1859 auf den blutgetränkten Feldern von Solferino, Medole und Castiglione abspielten, mit eigenen Augen angesehen; aber der edle Genfer Patrizier blieb nicht stehen bei dem Mitgefühl, dem hilfsbereiten Eifer und der Ohnmacht der Anderen, welche kamen, um die verstümmelten Opfer dieser blutigen Schlacht aufzulesen und nothdürftig zu verbinden, sondern die furchtbaren Szenen, welche Dunant auf dem leichenbesäten Schlachtfeld, in den mit vielen Tausenden armer Verwundeter überfüllten Feldlazarethen, Kirchen, Häusern, Scheunen mit erlebte, machten auf sein Gemüth einen so unauslöschlichen Eindruck, dass von dieser Stunde an in ihm der Entschluss feststand, sein Leben der Verbesserung des Looses der im Kriege Verwundeten zu weihen. Wie das möglich sein würde, schwebte dem Manne, der nach der Schlacht von Solferino hilfebringend zu den verlassenen Sterbenden und Verwundeten trat, nur ganz unklar vor — heute aber steht die Frucht seiner Pläne und seiner unermüdlichen Arbeit vor uns in der Genfer Convention und dem rothen Kreuze.

Das allmähliche Entstehen dieser internationalen Einrichtungen, die den grössten Errungenschaften aller Zeiten zugezählt werden müssen, und deren Stiftung wohl die edelste That unseres Jahrhunderts genannt werden darf, wird in dem trefflichen Buche von R. Müller geschildert.

Dunant selbst hat die Einleitung des Buches geschrieben, indem seine Schrift: «Eine Erinnerung an Solferino» an erster Stelle steht. Es ist dies jenes Buch, dessen tief ergreifende Schilderungen von dem ungeheuren Jammer der Schlacht und von den unsäglichen Peinen der auf dem Felde hilflos liegen geblie-

benen Soldaten bei ihrem Erscheinen einen beispiellosen Eindruck auf Hoch und Niedrig, Fürsten und Bürger gemacht haben. Niemand, der es heute liest, wird sich der eindringlichen Gewalt dieser Beschreibung entziehen können. Welchen Erfolg es gehabt, wie die darin niedergelegten Ideen über die alle Culturstaaten umfassende Organisation privater Hilfe für die Kriegsverwundeten, sowie über die Verbesserung des militärischen Sanitätsdienstes immer mehr Anerkennung fanden und schliesslich in den internationalen Abmachungen der Genfer Convention von 1864 eine feste Gestalt annahmen, wie Dunant mit einer bewunderungswürdigen Hingabe an sein Werk von Hof zu Hof eilt, die Könige, Fürsten, Minister, Generäle, die Schriftsteller und Kanzelredner, die Männer und Frauen aller Stände für seine Idee zu gewinnen versteht und mit hohem organisatorischen Talente die humanitären Vereinigungen der europäischen Staaten für die Bestrebungen des rothen Kreuzes zusammenfasst, das ist in dem Müller'schen Buch alles eingehend, zum grossen Theil in Anlehnung an Dunant's Aufzeichnungen, niedergelegt.

Die Geschichte des rothen Kreuzes und der Genfer Convention enthält Vieles, worauf besonders wir Deutsche stolz sein können; denn gerade an dem Hofe der Könige von Preussen und Sachsen fanden die von Dunant eingeleiteten Bestrebungen von Anfang an bedeutende Förderung und entsprechendes Verständniss, wie der Ausspruch des gelehrten Königs Johann von Sachsen beweist: «Ein Volk, das sich nicht an diesem menschenfreundlichen Werke betheiligte, würde von der öffentlichen Meinung Europas in die Acht erklärt werden».

Das Müller'sche Buch belehrt den Leser auch darüber, welch' andere Männer und Frauen ausser Dunant an dem grossen, internationalen Humanitätswerk mitgearbeitet haben, wie Gustave Moynier, der Vorsitzende der Genfer Gemeinnützigen Gesellschaft, der General H. Dufour, die Königin Augusta von Preussen und viele Andere. Auch diesen ist hierin ein Denkmal gesetzt.

Ein Denkmal vornehmer Art bedeutet das Müller'sche Buch vor Allem für Jean Henri Dunant. Möge es Europa die Schande ersparen, schon nach einem Menschenalter seines grossen Wohlthäters — dessen Bild das Titelblatt schmückt — zu vergessen, möge es die Aufmerksamkeit der civilisirten Welt wieder zurücklenken auf die Grösse der Verdienste Dunant's, möge das rothe Kreuz im weissen Feld immer das Zeichen einer weltumspannenden Humanität sein!

Dr. Grassmann-München.

Neueste Journalliteratur.

Beiträge zur klinischen Chirurgie. Herausgegeben von P. Bruns. XIX. Band, 1. Heft. Tübingen. Laupp 1897.

Das 1. Heft des XIX. Bandes bringt die Mittheilung, dass auch Körte, Kümmel, Rehn, Brunner zu den Herausgebern beigetreten und durch die Betheiligung der betreffenden Krankenhäuser (Berlin am Urban, Hamburg, Frankfurt, Münsterlingen) die Beiträge eine erfreuliche Erweiterung erfahren haben.

G. Reinbach gibt aus der Breslauer Klinik **pathologisch-anatomische und klinische Beiträge zur Lehre von den Haemorrhoiden**, worin er, gestützt auf histologische Untersuchung von 15 excidirten Haemorrhoidalknoten und vergleichende Untersuchungen normaler Analpartien das Wesentliche nicht (wie bisher angenommen) in einer venösen Stauung, einer Varicenbildung der Haemorrhoidalvenen, sondern in einer Gefässneubildung, in Angiomen sieht, mit denen eine Neubildung der bindegewebigen Grundsubstanz Hand in Hand geht. R. unterscheidet makroskopisch und mikroskopisch mehrere Typen und betont besonders, dass es Haemorrhoiden gibt, bei denen jede nennenswerthe Venenectasie fehlt.

Krönlein [Züricher Klinik] (**über Pharynxcarcinom und Pharynxexstirpation**) schildert sein betreffendes Material von 61 Fällen, wonach er auf 15 Carcinomfälle und 300 chirurgische Kranke durchschnittlich 1 Fall von Pharynxcarcinom beobachtete. Kr. unterscheidet 1) das naso-pharyngeale, 2) das oro-pharyngeale, 3) das laryngo pharyngeale Carcinom. Von ersterem sah er 2 Fälle, die beide einen sehr raschen Verlauf nahmen, von der 2. Gruppe beobachtete Kr. 30 (18 gingen von der seitlichen Pharynxwand, 10 von der seitlichen Zungenbasis, 2 vom Velum aus), bei 11 davon war der Zustand inoperabel, 19 wurden operirt (4 starben), prophylaktische Tracheotomie hält Kr. bei unvollständiger gemischter Narkose und Lagerung mit erhöhtem Oberkörper für unnöthig und modificirte die Langenbeck'sche Operation, indem er einen mächtigen Bogenschnitt vom Mundwinkel der kranken Seite abwärts über den Unterkiefer nach hinten und unten und entlang am oberen Zungenbeinrand über den Kopfnicker hinweg bis zum Proc. mastoid. führt (die seitliche Durchsägung des Unterkiefers führte Kr. 5 mal nach Langenbeck, 11 mal nach eigener Methode aus). Die Ernährung folgte die ersten 8 Tage meist mit der Schlundsonde.

Von der 3. Gruppe sah Kr. 29 Fälle, von denen 25 Carcinome der vordern und seitlichen Pharynxwand waren, 17 inoperabel sich zeigten, 8 operirt wurden (mit 6 Todesfällen, 4 an Schluckpneumonie). Der lat. Längsschnitt (Langenbeck) gibt zu wenig directen Zugang zu dieser Region und empfiehlt Kr. desshalb eine Pharyngotomia subhyoidea oder suprahyoidea, d. h. einen Schnitt, der bei seitlich gedrehtem Kopf am vordern Rand des Kopfnickers beginnt und in nach unten convexem Bogen entlang des obern oder untern Randes des grossen Zungenbeinhorns bis gegen die Mitte des Zungenbeinkörpers geführt wird. Kr. empfiehlt die Exstirpation des Carcinoms nach der localen Cocainanaesthesie (10 proc.) zu machen, die Pharynxwunde danach mit Jodoformgaze auszulegen; er verwirft die Verweil-Schlundsonde und empfiehlt die Ernährung durch das jeweils einzuführende Schlundrohr, bis Patient selbst zu schlucken vermag. Nach Anführung der Krankengeschichten (von 61 Patienten 32 Fälle inoperabel, während 29 einer Radicaloperation unterworfen wurden [11 gestorben, von 18 entlassenen 16 recidivirt, 2 radical geheilt]) und bei Vergleich der Operirten und Nichtoperirten ergibt sich immerhin ein Lebensgewinn von 7 Monaten. Die Pharynxexstirpation wegen Carcinom ist darum eine vollberechtigte Operation.

Aus der Leipziger Klinik berichtet G. Perthes über **Bacillen der Septicaemia haemorrhagica in einer inficirten Wunde**, indem er die an beiden Enden sich färbenden, kurzen, unbeweglichen Bacillen der Kaninchensepticaemie in dem Eiter einer durch sog. Fleischwolf erzeugten Handwunde experimentell und culturell nachwies.

Aus dem städtischen Krankenhaus zu Frankfurt berichtet Fr. Bode über **Versuche über Herzverletzungen**, die er im Anschluss an den bekannten Fall Rehn's im physiologischen Institut zu Greifswald ausführte und die ihm ergaben, dass die Hauptgefahr jeder Herzverletzung in der Schwere der Blutung mit ihren Folgeerscheinungen liegt, als deren letztes, wirksamstes und unbedingtes Mittel die Naht der Herzwunde anzusehen ist.

Aus der Heidelberger Klinik berichtet Jordan **über Tuberculose der Lymphgefässe der Extremitäten.**

Im Anschluss an 4 Fälle der Heidelberger Klinik hält J. betreffs der Lymphangitis tuberc. der Extremitäten eine Umschau der betreffenden Literatur und stellt 11 Fälle primärer Lymphangitis tuberc. (neben 2 eigenen), 6 secundäre der oberen, 1 primären, 4 secundäre der unteren Extremitäten tabellarisch zusammen.

Czerny berichtet über **Resection eines Blasendivertikels** bei einem 30jährigen Dienstknecht; dasselbe, wohl als congenitales aufzufassen, wurde durch ein Trauma (Laesion der Pars membran) insoferne verschlimmert, als eine Ueberdehnung des Divertikels, Zersetzung und Verjauchung des Inhalts auftrat und dies zu der Wahrscheinlichkeitsdiagnose auf Blasenstein im Divertikel und Epicystotomie führte. Nachdem durch länger fortgesetzte sorgfältige Spülung des Divertikels (Jodoformöl etc.) der Urin in demselben sich nicht besserte, wurde die Exstirpation des Divertikels zunächst auf properitonealem Wege unternommen, der hiebei durchtrennte linke Ureter in die Blasenöffnung eingenäht, ein bei der Loslösung erfolgter Einriss des Peritoneums wurde sofort vernäht. Der Verlauf war durch Wunddiphtherie complicirt und wurde später die Exstirpation der linken Niere nöthig.

Bruns beschreibt einen **automatischen Mundsperrer**, der sich bei zahlreichen Operationen der Mund- und Rachenhöhle besonders bewährt hat.

A. Wölfler-Prag: **Ueber Operationshandschuhe.** W. stimmt mit den Anschauungen von Zoege-Manteuffel, Mikulicz etc. überein und verlangt das Tragen von Handschuhen oder Fingerlingen bei Untersuchungen des Rectums, der Vagina etc., bei Ausführung septischer Operationen, im Operationscurs und bei aseptischen Operationen und zwar natürlich immer verschiedener, für aseptische Operationen bedient sich W. der ledernen Militärhandschuhe, die continuirlich in 3 proc. Carbolglycerin liegen und die nass den Fingern so gut anliegen, dass man beim Operiren vergisst, dass man in Handschuhen arbeitet.

Auch das vorliegende Heft ist mit guten Abbildungen, besonders zur Arbeit von Reinbach und Krönlein, reich ausgestattet.

Schr.

Centralblatt für Gynäkologie. 1897, No. 36.

1) O. Falk-Jena: **Partielle hydropische Degeneration der Placenta bei einer Eklamptischen.**

F. beschreibt den Geburtsverlauf einer 22jährigen I. Para, bei der wegen Eklampsie und Placenta praevia der Abort eintrat. Die Placenta erwies sich hochgradig cystisch entartet, sog. Hydatidenmole. Fälle von eineiiger, partieller Blasenmolenbildung mit Ausstossung eines lebensfrischen Foetus sind selten. F. stellt die bekannten Fälle aus der Literatur zusammen und bespricht die bis jetzt als aetiologische Momente der Blasenmolenbildung angeführten Thatsachen. Er glaubt, dass dieselbe Noxe, welche die regellose Wucherung der Chorionzotten bewirkte, auch zur Nierenlaesion und damit zur Eklampsie führen könne.

2) Dönhoff-Solingen: **Eine Porro'sche Operation, indicirt durch vorhergegangene Vaginofixatio.**

Wieder ein Beitrag zur Lehre von den Gefahren der Vaginofixation. Die Patientin, welche im Jahre 1895 diese Operation durchgemacht, wurde im nächsten Jahre schwanger und litt während der Gravidität an heftigen Koliken mit Erbrechen. Als die Geburt zur rechten Zeit begann, fand D. den Muttermund ganz links seitlich zwischen Linea innominata und Crista ilei. In der folgenden Nacht starb das Kind in Folge von Nabelschnurvorfall. Da die Geburt am nächsten Tage nicht fortschritt, Fäulniss der Frucht und Fieber eintrat, so machte D. die Sectio caesarea und schloss, wegen starker Blutung aus den Verwachsungen zwischen Uterus und Blase, den Porro an. Der Uterus lag in starker Dextroanteflexio fixirt; seine hintere Wand war doppelt so lang, als die vordere. Die Heilung erfolgte fieberfrei und rasch.

3) Oehlschläger-Danzig: **Dr. Knapp's geschichtliche Bemerkungen in No. 22 dieses Blattes über mein Verfahren zur Wiederbelebung Neugeborener.**

Eine Replik auf die kritischen Bemerkungen Knapp's; cf. diese Wochenschr. No. 24, S. 653. Jaffé-Hamburg.

Berliner klinische Wochenschrift. 1897, No. 37.

1) C. A. Ewald: **Erfahrungen über Magenchirurgie, vornehmlich bei malignen Geschwülsten.** (Schluss folgt)

2) J. Strauss-Berlin: **2 Fälle von isolirter peripherischer Lähmung des N. musculocutaneus.**

Bisher sind nur 6—7 Fälle von isolirter Lähmung des genannten Nerven bekannt, darunter nur 1 Fall von isolirter neuritischer Lähmung. Die Symptome der Affection sind: Lähmung der Beuger des Unterarms und Störungen der Sensibilität längs des radialen Randes des Unterarmes. Der M. biceps ist stets gelähmt, der M. brach. int. nicht regelmässig, auch nur partiell. Die beiden beschriebenen Fälle (2 Abbildungen) waren durch Trauma verursacht; in dem einen derselben bestanden auch trophische Störungen in der Haut des Vorderarmes und der Hand, namentlich im Gebiete des N. median. und N. radialis. Beidesmal war im M. biceps E.A.R. vorhanden, ferner zeigte sich eine deutliche Einsenkung an der Aussenseite des Oberarmes, offenbar verursacht durch den Schwund des M. brach. int. bei Erhaltenbleiben der Mm. deltoid. und supin. longus. Das Auftreten der erwähnten trophischen Störung weist auf eine minimale Laesion einzelner sensibler Fasern des N. median. hin.

3) A. Rosenberg-Berlin: **Die Behandlung der Strumen mittels parenchymatöser Injectionen.**

Verfasser verwirft die Einspritzung von Jodtinctur wegen der dabei vorkommenden Unfälle (28 Todesfälle aus dieser Veranlassung sind publicirt) und injicirt nach dem Vorgange von Garré 1,0 Jodoform auf Aether u. ol. olivar. aa 7,0.

Wie Garré, der über 1000 Injectionen ohne schlimme Zufälle vornahm, hat auch R. bei 30 so behandelten Fällen nichts Unangenehmes erlebt. Die Erfolge der Injectionen waren im Vergleich zu anderen Behandlungsweisen zufriedenstellend, in fast der Hälfte trat Heilung ein, die zum Theil schon mehrere Jahre anhält; in 43 Proc. zeigte sich Besserung. Die Thyreoidin-Behandlung leistet nach der Statistik von P. Bruns nicht mehr an Dauererfolgen, da in mehr als 75 Proc. der Fälle der Kropf nach Aussetzen des Mittels wieder wächst.

4) J. Fibinger-Kopenhagen: **Ueber Bekämpfung von Diphtherie-Epidemien etc.** (Fortsetzung.)

Dr. Grassmann-München.

Deutsche medicinische Wochenschrift. 1897, No. 38.

1) L. Lewin und H. Goldschmidt: **Kurze Mittheilung einer Beobachtung aus dem Gebiete der Nierenpathologie.** (Aus dem pharmakologischen Laboratorium von Prof. Lewin in Berlin.)

Die Beobachtung, die vorläufig, ohne weitere Folgerungen zu ziehen, gegeben wird, besteht darin, dass bei dem Experimente des Einblasens von Luft in Blase und Ureter die Luft stets durch den Hilus hindurch in die Vena renalis und von da in die Vena cava drang und so binnen Kurzem den Tod des Versuchsthieres bedingte. Es liegt also offenbar eine directe Communication der harnableitenden Wege mit dem Blutgefässsystem vor.

2) Hermann Kuhnt: **Ueber die Behandlung der Conjunctivitis granulosa sive trachomatosa.** (Aus der Universitäts-Augenklinik in Königsberg i. Pr.).

Nach diesem im Auftrage des Comités in der ophthalmologischen Section des Moskauer internationalen medicinischen Congresses gehaltenen Vortrage sind die Conjunctivitis granulosa und follicularis 2 auf besonderen Infectionen beruhende, selbständige Erkrankungen. Die Therapie des granulären Processes erfordert nicht nur eine Berücksichtigung des Stadiums der Erkrankung und der speciellen Form derselben, sondern auch der äusseren und individuellen Verhältnisse. Nur für leichte Fälle in immuner Gegend ist die medicamentöse Behandlung allein angezeigt. Für alle anderen Fälle kommt die mechanische bezw. chirurgische Behandlung in Betracht, der sich jedoch in den meisten Fällen eine medicamentöse Nachbehandlung anzuschliessen hat, da nur auf diese Weise Dauerheilungen erreicht werden können.

3) Burghart: **Ein Fall von Situs viscerum transversus, klinisch diagnosticirt und durch Skiagramm erwiesen.** (Aus der I. med. Universitätsklinik in Berlin, Director: Prof. v. Leyden.)

4) E. Alexander: **Ueber einen Fall von Pseudohermaphroditismus.** (Aus der chirurgischen Abtheilung des städtischen allgemeinen Krankenhauses am Friedrichshain in Berlin, Director: Prof. Hahn.)

Bei der wegen linksseitigem Leistenbruch vorgenommenen Operation der 16jährigen Patientin ergab die Untersuchung des den Bruch vorstellenden excidirten Tumors einen im Allgemeinen normal construirten, jedoch spermatozoenfreien Hoden. Das Interessante an dem Falle ist, dass aus demselben Grunde bereits vor 3 Jahren eine rechtsseitige Bruchoperation mit Exstirpation des rechten Hodens vorgenommen werden musste. Der Habitus der äusseren Genitalien ist exquisit weiblich, die Scheide ein 3 cm langer Blindsack. Uterus und Adnexa nicht zu fühlen. Das Becken zeigt männliche Formen.

5) Hugo Loeventhal: **Seroprognose der Febris recurrens während der Apyrexie.** (Aus der Recurrensabtheilung des alten Katharinenspitals in Moskau.)

In Fortsetzung der in No. 35 der deutschen med. Wochenschr. gemachten Mittheilungen über die Serodiagnose des Recurrensfiebers (siehe diese Wochenschrift No. 35, pag. 967), berichtet L. über seine Beobachtungen über die Seroprognose an 87, bezw. 107 Fällen mit 145 Untersuchungen. Für die ersten zwei bis drei Tage der Apyrexie ist eine kurze Reactionsdauer von ½—¾ Stunden von keiner entscheidenden Bedeutung, nimmt der Ablauf der Reaction längere Zeit in Anspruch, so ist ein Relaps die Regel. Für den vierten bis sechsten Tag der Apyrexie spricht eine Reactionsdauer von ½ bis ¾ Stunden, wenn das Spirochaeten enthaltende Blut aus den beiden ersten Tagen des Paroxysmus stammt, zu Gunsten eines Verschontbleibens von Relaps, eine Dauer von 1½—2 Stunden ist immer von Relaps gefolgt. Vom siebenten Tage an zieht eine Dauer von 1½—2 Stunden ebenfalls immer Rückfälle nach sich. Bei nur einstündiger Dauer ist in dieser Periode nie ein Relaps beobachtet worden. Eine weitere Beobachtung constatirt, dass sich die specifisch bactericiden Stoffe im Körper, wie bei Widal'schen Verfahren viele Monate erhalten können.

6) M. A. Lunz: **Zwei Fälle von corticaler und Seelenblindheit.** (Aus der Nervenabtheilung des I. Moskauer Karlkrankenhauses.)

Vorgetragen in der Gesellschaft der Neuropathologen und Psychiater zu Moskau mit Demonstration des Gehirns im ersten und des Patienten im zweiten Falle. F. L.

Wiener klinische Wochenschrift. 1897, Nr. 36.

1) Escherich-Graz: **Versuche zur Immunisirung gegen Diphtherie auf dem Wege des Verdauungstraktes.**

Zur Durchführung einer prophylaktischen Diphtheriebehandlung wäre es wünschenswerth, die subcutane Injection von Serum ganz umgehen und durch innerliche Darreichung ersetzen zu können. Die Möglichkeit einer Immunisirung vom Darm aus ist durch Beobachtungen an Brustkindern erwiesen. E. verfuhr zur Lösung obiger Frage in der Weise, dass er das Blutserum des Kindes, dem er bestimmte Antitoxineinheiten per os beigebracht hatte, auf seine antitoxische Wirksamkeit prüfte. Letzteres geschah dadurch, dass das zu prüfende Serum in verschiedenen bestimmten Verhältnissen mit einer für Meerschweinchen sicher tödtlichen Dosis von Diphtheritoxin gemischt, und nun die Wirkung des Gemisches durch subcutane Injection an Meerschweinchen geprüft wurde. Es ergab sich, dass die Erhöhung des antitoxischen Werthes des Blutes entweder ganz ausblieb oder nur bei Säuglingen nach Einverleibung sehr grosser Dosen nachweisbar war. Auch die Versuche, das Antitoxin per Klysma wirksam zu machen, hatten negativen Erfolg. Nach einem Thierversuche scheint es möglich, dass die eingeführten Antitoxine desshalb nicht im Blute erscheinen, weil sie in der Leber zurückgehalten, resp. umgewandelt werden.

2) J. Brixa-Innsbruck: **Ueber Fehlen der Pupillarreaction bei vorhandener Lichtempfindung.**

Das Eindringen eines Fremdkörpers in den linken Bulbus eines 30jährigen Kranken hatte ausser anderweitigen Verletzungen auch zur Folge, dass die linke Pupille nicht direct reagirte, und vom linken Auge aus auch keine consensuelle Reaction am rechten Auge hervorgerufen werden konnte. Im weiteren Verlaufe konnten zwar Finger auf 2—4 m wahrgenommen werden, doch fehlte die Pupillarreaction links immer noch. Später traten Doppelbilder auf. 13 Monate später war die linke Pupille weiter als die rechte, reagirte nicht direct, zeigte träge consensuelle, deutliche Convergenzreaction. Es bestand demnach Reflextaubheit (nach Heddaeus) am linken Auge. Zugleich hatte sich Opticusatrophie entwickelt. Aus physiologischen und anatomischen Erwägungen schliesst Verfasser, dass im Opticus getrennte Pupillar- und Sehfasern verlaufen, dass erstere nicht allein mit dem Netzhautcentrum, sondern auch mit der übrigen Retina verbunden und dass sie lädibler als die Sehfasern sind.

3) F. Steiner-Wien: **Zur Frage des rheumatischen Tetanus und der Tetanus-Antitoxinbehandlung.**

St. berichtet eingehend über 2 in Heilung ausgegangene Tetanusfälle. Bei dem 1. Kranken erfolgte die Infection wahrscheinlich in der Nase, der Verlauf der Erkrankung milderte sich nach Ausstossung einer grossen eitrigen Borke aus der Nase.

Bei dem 2. Kranken, einem 25jährigen Spängler, wurden 2 Injectionen mit dem Tetanusserum von Tizzoni gemacht. Rasch darauf trat Besserung ein. Verfasser nimmt eine zweifellos günstige Wirkung seiner Therapie an. Meist tritt auf diese Injectionen, die stärker gemacht werden sollen, als Tizzoni angibt, eine Temperatur-

steigerung nicht ein. Schliesslich bespricht St. noch die Theorien der Serumwirkung. Dr. Grassmann-München.

Amerikanische Literatur.

1) W. T. Porter: **On the Cause of the Heart Beat.** (Journ. of Experimental Medicine, Juli 1897.)

Durch Experimente an Hunden und Katzen weist P. nach, dass die Annahme eines im Herzen localisirten, circumscripten Nervencentrums nicht haltbar ist, sondern dass die Ursache der rhythmischen Herzcontractionen im Ventrikel selbst und zwar in jedem einzelnen Theil desselben liege. Theile der Ventrikelwand können ausgeschnitten werden, ohne dass die coordinirten Ventrikelcontractionen darunter leiden. Die Herzspitze besitzt selbständiges rhythmisches Contractionsvermögen. Diese Thatsache würde, vorausgesetzt, dass die bisherige Annahme des Fehlens von Nervenelementen in der Herzspitze richtig ist, beweisen, dass Nervenzellen zum Zustandekommen der rhythmischen Ventrikelcontractionen nicht nöthig sind.

2) Simon Flexner: **On the Occurrence of the Fat-splitting Ferment in peritoneal Fat Necrosis and the Histology of these Lesions.** (Ibidem.)

Die nach der Claude Bernard'schen Methode gemachten Untersuchungen ergaben, dass bei peritonealer Fettnekrose sich in gewissen Stadien des pathologischen Processes ein fettspaltendes Ferment nachweisen lässt, in grösserer Menge ist es vorhanden in den Anfangsstadien und verschwindet gegen Ende des Processes. Wenn auch nicht direct nachgewiesen werden kann, dass das Steapsin die Ursache der Nekrose ist, so ist die Annahme doch wahrscheinlich, da dasselbe constant in den erkrankten Partien, dagegen nie in gesundem Fett gefunden wurde. Die Veranlassung zur Nekrose ist der Austritt von Pankreassaft in das peri- und parapankreatische Gewebe und erfolgt dieser Austritt bei Verletzungen der Drüse sowohl, wie auch bei Circulationsstörungen in derselben.

3) W. Pepper und D. L. Edsall: **Tuberculous Occlusion of the Oesophagus, with partial Cancerous Infiltration.** (American Journ. of med. Sciences, Juli 1897).

Während das Auftreten von Carcinom bei Tuberculösen nicht gar so selten zur Beobachtung gelangt, existiren bloss 3 Fälle in der Literatur, in denen sich im mikroskopischen Bilde ein directer Uebergang des tuberculösen in das carcinomatöse Gewebe zeigt. Der vorliegende Fall betrifft einen 42jährigen Mann mit Lungen- und Oesophagustuberculose, an welch' letztere anschliessend, vielleicht verursacht durch die chronische Irritation der Schleimhaut sich das Oesophaguscarcinom entwickelte.

4) J. A. Thompson: **Intra-tracheal Medication in Lung Diseases.** (Journ. of the American Medical Association, 26. Juni 1897.)

Die intratracheale Behandlungsmethode erfordert vor Allem eine gründliche Beherrschung der Technik des Laryngoskopirens, mit ein Hauptgrund, warum sie bisher nicht mehr in Aufnahme gekommen ist. Die von geübter Hand gemachten intratrachealen Injectionen sind nach Th. von keinerlei unangenehmen Sensationen und Folgen für den Patienten begleitet. Der Hauptwerth der Methode besteht in der directen localen Wirkung der Medicamente auf die erkrankten Partien. Ob sie immer dahin dirigirt werden können, ist eine andere Frage. Die Medicamente werden nicht auf dem Umwege durch den Magencanal erst zerlegt, und andererseits fällt die verdauungsstörende Wirkung der meisten in Betracht kommenden Mittel weg. Als für die intratracheale Behandlungsmethode am geeignetsten werden erwähnt: Lungentuberculose, Lungensyphilis, chronische Bronchitis, Tracheitis, Asthma und besonders Bronchiectasien. Zur Injection dienen Menthol 2 proc., Gujacol 1 proc, Creosot 1 proc., Kampher 2—3 proc. in Lösung mit Ol. olivar.

5) J. W. Hartigan: **A new Method of Intestinal Anastomosis.** (New-York Medical Journ., 17. Juli 1897.)

Beinahe gleichzeitig und unabhängig von G. L. Cheatte (Lancet, 22. Mai 1897) beschreibt H. seine auf demselben Princip aufgebaute Methode der Darmnaht. Die quere Durchtrennung wird durch Spaltung der beiden Darmenden in longitudinaler Richtung an der dem Mesenterialansatz gegenüberliegenden Seite und nunmehriger linearer Vernähung der beiden lappenförmigen Enden in eine Längswunde des Darmrohres verwandelt, welche von den beiden Wundenden aus in der gewöhnlichen Weise vernäht wird. Die Nähte werden mit Ausnahme der paar letzten, welche in Form der Lembert'schen Suturen angelegt werden müssen, nach innen geknotet. Der Mesenterialansatz wird so viel als möglich erhalten.

6) De Schweinitz und M. Dorset: **Some Products of the Tuberculosis Bacillus and the Treatment of Experimental Tuberculosis with Antitoxic Serum.** (New-York med. Journ. 24. Juli 1897.)

Aus den Culturen des Tuberkelbacillus gelang es, zwei Stoffe zu isoliren, eine der Fettreihe angehörige, in Krystallform darstellbare Säure (Ac. teraconic), ein Product des Bacillus selbst, mit temperaturerniedrigenden Eigenschaften, die wahrscheinliche Ursache der Coagulationsnekrose, und ein Albuminoid, hauptsächlich aus dem Culturmedium stammend, mit temperatursteigernden Eigenschaften. Dem ersteren wird die Wirkung des von Maragliano dargestellten Serums zugesprochen. Die Autoren schliessen ferner aus ihren Versuchen, dass nur die Injection lebender Culturen von Erfolg für die Behandlung sein könne.

7) J. M. Finney: **Operative Treatment of General Suppurative Peritonitis.** (Johns Hopkins Hosp. Bull., Juli 1897.)

Beschreibung einer neuen, in 5 Fällen von eitriger Peritonitis, davon eine nach Perforation eines Typhusgeschwürs, mit Erfolg angewandten Operationsmethode. Durch eine grosse Schnittöffnung werden die sämmtlichen Darmschlingen aus der Bauchhöhle dislocirt, so dass dieselbe möglichst frei wird, der Peritonealraum alsdann mit grossen, in heisse Salzlösung getauchten Gazebauschen mit specieller Berücksichtigung des Beckenraumes ausgewischt, hierauf die Dünndarmschlingen einzeln gereinigt und zurückgebracht und zum Schlusse die Incision bis auf eine kleine mit einem Gazedrain ausgefüllte Oeffnung durch Naht geschlossen. Wenn nur wenige Stunden nach der die Peritonitis bedingenden Perforation verflossen sind, ist die Prognose der Operation eine sehr günstige.

8) Henry C. Coe: **The clinical Value of microscopical Examinations of Specimens removed by the Curette.** (The americ. gynaecological and obstetrical Journal, Juli 1897.)

Der klinische Werth der mikroskopischen Untersuchung der durch Currettement entfernten Uterustheilchen ist ein zweifelhafter. Zur richtigen Beurtheilung des Befundes gehört vor Allem die genaue Kenntniss der Krankengeschichte. Aus einer Zusammenstellung von H. Robb von 100 Fällen ergibt sich die bemerkenswerthe Folgerung, dass ein negativer, pathologischer Befund werthvoller für die Diagnose ist als ein positiver. Grund der Unzuverlässigkeit der mikroskopischen Untersuchung ist vor Allem, dass die durch Curettement entfernten Theile nicht immer dem Sitze des Uebels entsprechen. C. trennt die Fälle in zwei Classen, zur ersten gehören die jüngeren Frauen mit unregelmässigen Metrorrhagien, wiederholt negativer Befund spricht gegen Malignität; im anderen Falle bei Frauen jenseits des Klimacteriums mit hartnäckigen atypischen Blutungen ist auch ein negativer Befund nicht genügend, um eine maligne Neubildung auszuschliessen. Die in der New-York Obstetrical Society erfolgte Discussion dieses Themas stellte als Hauptsatz auf, dass die Beurtheilung eines Falles in erster Linie sich auf die klinischen Beobachtungen und erst in zweiter auf die pathologisch-anatomischen Untersuchungen stützen solle. In die Praxis übersetzt: Wenn in zweifelhaften Fällen bei jüngeren Frauen nach wiederholtem Curettement die Symptome fortbestehen, oder sich verschlimmern, ist die Radicaloperation indicirt; bei älteren dagegen darf selbst bei negativem mikroskopischen Befunde, wenn das erste Curettement ohne Erfolg geblieben ist, keine Zeit verloren werden.

9) Edward Ayers: **The pubic Symphysis in Parturition.** (Americ. Journ. of Obstetrics, Juli 1897.)

Das Feld der Symphyseotomie liegt zwischen dem der Zange und der Craniotomie und ist ein weit grösseres, als es bisher bestellt wird. Die Operation ist relativ ungefährlich, besonders nach der von Ayer's angegebenen subcutanen Methode, deren genaue Beschreibung gegeben wird Zur Unterstützung der Heilung und prompten Vereinigung der Knochenenden dient ein von ihm angegebener Suspensionsapparat in Form einer gekreuzten Hängematte. Eine Anzahl operirter und geheilter Fälle wird beschrieben.

10) Marion Marsh: **Intermenstrual Phenomena, with Theories.** (Americ. Journ. of Obstetrics, Juli 1897.)

Aus dem Studium der in der intermenstruellen Periode in einer grossen Anzahl von Fällen beobachteten Phänomene und Zusammenstellung derselben in Form von Curven kommt M. zu dem Schlusse, dass sich zu einer bestimmten Zeit, der Mitte des menstruellen Cyclus, zwischen der abgelaufenen und der kommenden Menstruation, ein Congestionszustand der Beckenorgane constatiren lässt, in einigen Fällen unter gleichzeitigem Auftreten von Schmerzgefühlen. In diesen Fällen ergab die Untersuchung das Vorhandensein einer chronischen Oophoritis. Er schliesst demgemäss, dass dieser Zeitpunkt der periodischen Congestion der Ovulationsperiode entspricht und die in den betreffenden Fällen beobachteten Schmerzen dem Platzen eines Follikels in dem durch die chronische Entzündung verhärteten Ovarialparenchym zuzuschreiben sind. Die Ovulation und Menstruation würde also abwechselnd in 14tägigen Intervallen vor sich gehen. F. Lacher-München.

Inaugural-Dissertationen.

Universität **Greifswald.** August 1897.

73. Albrecht Max: Casuistischer Beitrag zu den malignen Nebennierenstrumen.
74. Christoph Carl: Ein Fall von doppelter Communication beider Herzhälften.
75. Dunkel Ernst: Ein Fall von Leberabscess durch Ascaris lumbricoides.
76. Frey Peter: Ueber das Cervixfibromyom, insbesondere über einen in der hiesigen Frauenklinik beobachteten Fall von Fibromyom der vorderen Muttermundslippe.
77. Halfter Franz: Eine Complication von Myoma uteri mit Gravidität
78. Heisig Walter: Ueber einen seltenen Fall von polypösem Dünndarmfibrom.
79. Hübner Otto: Ueber Behandlung von deform geheilten Fracturen mit besonderer Berücksichtigung von 4 Fällen aus der Greifswalder chirurgischen Klinik.
80. Koehler Alfred: Ueber reine Papilloretinitis sympathica mit besonderer Berücksichtigung eines Falles aus der Greifswalder Universitäts-Augenklinik.

81. Roeske Georg: Ueber den Verlauf der Phosphorsäure-Ausscheidung beim Menschen.
82. Witte Friedrich: Ein Fall von tuberculöser Darmstenose.
83. Werbelow Bernhard: Ein Fall von Fissura abdominalis inferior. Beitrag zur Casuistik der Missgeburten.
84. Tützscher Fritz: Ein Fall zur Casuistik der Leberechinococcen.
85. Rudolphy Fr.: Ein glandulärer maligner angeborener Sacraltumor.
86. Krabbe Wald.: Ueber Pseudarthrosen nach Fracturen nebst den Fällen der letzten 10 Jahre.
87. Bergansky Arthur: Die Hornhautnaht nach der Cataractextraction.

Universität **Kiel**. August 1897.

37. Wrede Carl: Ein Fall von Oesophaguscarcinom mit Fortsetzung auf den Bronchus.
38. Schmoll Johannes: Ueber die Totalexstirpation der Harnröhre beim Weibe mit Anlegung einer Witzel'schen Schrägfistel.
39. Naumann Hugo: Ueber die Häufigkeit der Bildungsanomalien der Nieren.
40. Bille Eugen: Beitrag zur Kenntniss der Wirkung des Cyannickelcyankalium.
41. Luchting Georg: Ein Beitrag zur Casuistik der Arteria hyaloidea persistens.
42. Wehrenpfennig Paul: Beitrag zur Kenntniss der Wirkung des Cyanzinkcyankalium.

Universität **Marburg**. Juli—August 1897.

18. Sommer Gust.: Fieber in der Geburt.
19. Abée Conrad: Drei Fälle von tödtlich verlaufender Actinomycose.
20. Marsch Emil: Zur Therapie der Coxitis tuberculosa.
21. Cöster Georg: Ein Beitrag zur Tuberculose des Handgelenks.
22. Vittinghoff Heinrich: Die Eigenthümlichkeiten im Verlaufe der Schwangerschaft und Geburt missbildeter Früchte.
23. Nottbeck Bernhard: Ein Beitrag zur Kenntniss der congenitalen Pseudoneuritis optica (Scheinneuritis).
24. Hülsemann Wilhelm: Die Placenta-praevia-Fälle der Marburger Frauenklinik.
25. Walbaum August: Das niedersächsische Bauernhaus und seine Gefahren in gesundheitlicher Beziehung. (Eine praktisch-hygienische Studie).
26. Lübbers Adolf: Beitrag zur Kenntniss der bei der disseminirten Herdsklerose auftretenden Augenveränderungen.

Vereins- und Congressberichte.

XXV. Deutscher Aerztetag

in Eisenach am 10. und 11. September 1897.

Originalbericht von Dr. August Weiss.

Enge verbunden mit der Geschichte des Deutschen Aerztevereinsbundes ist Eisenach, die gastfreundliche Stadt. Mit ihren stillen, dämmerigen Gründen, mit ihren lichten, grünen Höhen, auf deren höchster «wie ein Helm mit Eichenlaub bekränzt» die Wartburg thront, die schöne deutsche Burg, der Geschichte und Sage so reiche Kränze gewunden, ist diese Stadt und ihre Umgebung so recht ein Juwel der deutschen Lande. Hier, in dieser reichbegnadeten Natur, an dieser Stätte, die so viele Erinnerungen an die Thätigkeit des Aerztevereinsbundes erweckt, musste die Feier des 25jährigen Bestehens des Bundes stattfinden, hier musste das Denkmal sich erheben, das der Bund seinem Begründer Hermann Eberhard Richter und seinem langjährigen ritterlichen Führer Eduard Graf zu weihen beschlossen hatte.

Grösser als sonst war darum die Anzahl der Collegen aus allen deutschen Gauen, die sich am Begrüssungsabend im «goldenen Löwen» zusammenfand, mit kräftigem Handschlage alte Bekanntschaft zu erneuern, neue zu schliessen.

Als bevollmächtigte Vertreter des Aerztevereinsbundes, der zur Zeit 14710 Mitglieder zählt, waren 135 Herren mit einer Stimmenzahl von 12222 am 10. September, Morgens 8 Uhr im Saale der Erholungsgesellschaft erschienen. Der Vorsitzende, Aub-München, begrüsste die Versammlung und eröffnete den XXV. Deutschen Aerztetag mit folgender Rede:

Hochgeehrte Herren und Collegen!

Mit freudiger Genugthuung sind wir heute hier versammelt zum 25sten Wiegenfeste des Deutschen Aerzte-V.-Bundes, welcher sich seit dem Jahre 1873 im Sinne seiner Begründer lebendig weiterentwickelt hat unter fruchtbringendem Meinungsaustausch der Abgeordneten der grossen Mehrheit der deutschen Aerzte.

Ein lebhaftes und anschauliches Bild der Arbeiten und Verhandlungen der deutschen Aerztetage bis zum Jahre 1890 hat Graf in seiner ausgezeichneten Festschrift «Das ärztliche Vereinswesen in Deutschland und der deutsche Ae.-V.-Bund», welche er im Auftrag unseres Geschäftsausschusses zum 10. internationalen medicinischen Congress in Berlin verfasst hat, in mustergiltiger Weise gegeben. Einer späteren Zeit wird es vorbehalten sein, diese Geschichte der deutschen Aerztetage fortzusetzen.

Aus dieser Geschichte des Aerztevereinsbundes geht unwiderleglich hervor, dass der Aerztevereinsbund ununterbrochen bestrebt war, seinem Zwecke, «alle ärztlichen Vereine Deutschlands zu gegenseitiger Anregung und gemeinsamer Bethätigung der wissenschaftlichen und praktischen und insbesondere auch socialen Beziehungen des ärztlichen Standes zu vereinigen», zu entsprechen.

Diesen Zweck haben auch die letzten Aerztetage unverrückt im Auge behalten und sich bestrebt, ihm zu dienen, unbeirrt durch die Schwierigkeiten, welche sich gar oft der Geltendmachung ihrer Beschlüsse in den Weg gestellt haben und zum Theil heute noch im Wege stehen.

In meiner Eröffnungsrede zum 23. Deutschen Aerztetag konnte ich mit einiger Genugthuung darauf hinweisen, dass von Seiten der kgl. preuss. Regierung die Herbeiführung einer Revision der medicinischen Prüfungsvorschriften für das deutsche Reich ganz im Sinne der Beschlüsse der deutschen Aerztetage eingeleitet worden ist. Wenn diese Frage heute noch nicht zum Abschluss gebracht ist und noch manche Schwierigkeiten dabei zu überwinden sind, so können wir doch erwarten, dass diese Angelegenheit in absehbarer Zeit zu einem gedeihlichen Ende gebracht wird. Jedenfalls hat sich erwiesen, dass die mühevollen und gründlichen Berathungen des Deutschen Aerztetages gebührende Beachtung gefunden haben.

Unsere alte, oft wiederholte Forderung nach einer deutschen Aerzteordnung ist in den letzten Jahren in einzelnen Bundesstaaten in trefflicher Weise erfüllt worden, nachdem von Seite der Reichsbehörde auf den Weg der Landesgesetzgebung verwiesen worden war. In der weitestgehenden Weise hat die Regierung des Königreich Sachsen durch Gesetz und Verordnung im Benehmen mit der ärztlichen Standesvertretung diese Forderung erfüllt, und es verfolgt die deutsche Aerzteschaft mit der grössten Sympathie und dem lebhaftesten Interesse die Bestrebungen der Collegen in Sachsen auf der Bahn einer ebenso vorsichtigen, wie energischen Durchführung ihrer neuen Standesordnung.

Auch die bayrischen Collegen sind nunmehr daran, eine Weiterentwicklung ihrer staatlichen Organisation im Sinne der Schaffung einer für sämmtliche bayrischen Aerzte geltenden Standesordnung zu erwirken.

Im grössten Bundesstaate, in Preussen, ist zwar beiläufig vor Jahresfrist die Frage einer Ehrengerichtsordnung von Seite der Staatsregierung angeregt, aber bis heute noch nicht erledigt worden. Die langersehnte, von Graf Jahre hindurch angestrebte Medicinalreform in Preussen ist nunmehr von der preussischen Regierung wenigstens auf die Tagesordnung gesetzt worden. Der weiteren Entwicklung sehen wir entgegen mit der Hoffnung, dass auch diese langjährige Forderung unserer preussischen Collegen in gedeihlicher Weise erfüllt werde.

Wenn so in einzelnen Bundesstaaten die Frage der Aerzteordnung in günstiger Weise erledigt oder zunächst wenigstens in die Wege geleitet ist, so haben wir doch heute bei Berathung des Themas: «Ausscheiden der Aerzte aus der Gewerbeordnung» vollen Anlass, die Forderung nach einer deutschen Aerzteordnung auf's Neue zu erheben, selbstverständlich mit der Einschränkung, dass die Gestaltung dieser Aerzteordnung nicht ohne Mitwirkung der ärztlichen Standesvertretung erfolge.

Die Stellung der Aerzte zur Gewerbeordnung ist schon früher wiederholt auf Deutschen Aerztetagen zur Besprechung gelangt. Der Aerztetag hat ausgesprochen, dass bei einer Aenderung der bezüglichen Bestimmungen festgehalten werden müsse an der Freizügigkeit der Aerzte, an der Freiwilligkeit der ärztlichen Hilfeleistung, an der freien Vereinbarung der Honorirung. Heute stehen wir vor der Thatsache, dass die preussische Staatsregierung die Frage des Ausscheidens der Aerzte aus der Gewerbeordnung ihrer wissenschaftlichen Deputation zur Berathung vorgelegt und dass diese Corporation mit überwiegender Mehrheit die Nothwendigkeit eines solchen Ausscheidens ausgesprochen hat.

Bei dieser Sachlage ist es unerlässlich, dass die Gesammtvertretung der deutschen Aerzte, wie sie im Aerztetag vorhanden ist, in bestimmter Weise Stellung zu dieser Frage nimmt und keinen Zweifel darüber aufkommen lässt, wie die deutschen Aerzte in ihrer Mehrheit über diese Frage denken. Hierbei kann der Umstand nicht in's Gewicht fallen, ob ein solches Ausscheiden aus der Gewerbeordnung in naher Zeit zur praktischen Durchführung gelangen kann: der deutsche Aerztetag hat die Verpflichtung, offen Stellung zu nehmen, damit die Allgemeinheit nicht im Zweifel sein kann über die in den Kreisen der deutschen Aerzte herrschende Auffassung. Die Erwartung darf wohl als gerecht fertigt gelten, dass der 25. deutsche Aerztetag diese hochwichtige Frage in rein sachlicher Weise und in Achtung jeglicher ab weichenden Anschauung verhandeln wird.

In Bezug auf die Socialgesetzgebung, welche die Mitwirkung der Aerzte in hohem Maasse in Anspruch nimmt und gleichwohl die socialen Verhältnisse der Aerzte vielfach gefährdet, ist auf den Aerztetagen stets in Auge behalten, und von den hier-

für eingesetzten Commissionen auf das Sorgfältigste darauf geachtet worden, dass eine Geltendmachung der ärztlichen Interessen nach Möglichkeit bethätigt werde.

In letzter Zeit haben hierauf abzielende Besprechungen stattgefunden, über welche nachher im Geschäftsbericht nähere Mittheilung stattfinden wird.

Das wichtige Thema der nothwendigen Einrichtung der Schulärzte liefert den Beweis, dass der deutsche Aerztetag auch die Fragen der öffentlichen Hygiene nicht ausser Acht lässt.

So haben wir denn wohl allen Grund, uns heute mit Stolz und Freude der Thatsache bewusst zu fühlen, dass unser Bund nach 25jährigem Bestehen in voller Blüthe und Schaffenskraft unentwegt seinen Zielen nachstrebt, nicht allein im Interesse des ärztlichen Standes, sondern zugleich im Interesse des allgemeinen Wohles.

Die Pflicht der Dankbarkeit und die hohe Anerkennung für die unauslöschlichen Verdienste des Gründers unseres Bundes Prof. Dr. Eberhard Richter und des langjährigen unvergesslichen Vorsitzenden Graf-Elberfeld hat bei dem ärztlichen Vereine sichtbaren Ausdruck gefunden durch die Errichtung eines Denkmals, das wir nach Schluss der heutigen Sitzung feierlich enthüllen werden zum sichtbaren Zeichen der dankbaren Erinnerung an diese Männer, welche in den Herzen der deutschen Aerzte für alle Zeiten fortleben wird.

Ich erkläre den 25. Deutschen Aerztetag für eröffnet.

Im Namen des Grossherzogs von Sachsen und der Staatsregierung begrüsste nunmehr der grossherzogliche Bezirksdirector, Herr Eucken, die Theilnehmer am Aerztetage mit warmen Worten als alte Bekannte. Der Kampf, den die Aerzte führen, sei derselbe, wie er heute von aller Welt geführt werden müsse, der Kampf gegen afterwissenschaftliches Proletarierthum und gegen die ideallose Auffassung des ärztlichen Berufes, die den ehrenhaften Aerztestand zu unterdrücken suche. Er wünsche dem Aerztetage zu diesem Kampfe Segen und Sieg.

Der Vorsitzende dankte dem Redner für seine wohlwollenden Aeusserungen und ganz besonders für die hohe Aufmerksamkeit, die dem Aerztetage durch die Uebermittelung der Grüsse des Landesherrn zu Theil geworden sei. Auf Antrag des Vorsitzenden erhebt sich die Versammlung zum Ausdrucke dieses Dankes von den Sitzen.

Das Bureau wird gebildet durch Siegel, Landsberger, sowie einigen Herren aus Eisenach. Als Schriftführer werden berufen Heinze und v. Heusinger.

Zu Punkt II der Geschäftsordnung theilt der Vorsitzende den Einlauf mit, darunter ein Schreiben des Aufsichtsrathes der «Centralhilfscasse für die Aerzte Deutschlands», welches den Dank ausspricht für das wohlwollende Entgegenkommen, das der Casse seitens des Aerztevereinsbundes zu Theil geworden sei. — Anlässlich der letzten Sitzung des Geschäftsausschusses in Berlin habe eine Besprechung zwischen einer Anzahl von Reichstagsabgeordneten und Mitgliedern des Geschäftsausschusses stattgefunden, n der die Meinungen über eine Reihe von Forderungen der Aerzte bezüglich des Unfallversicherungsgesetzes und der übrigen socialen Gesetze ausgetauscht worden seien. Es sei nicht zu verschweigen, dass sich in den Kreisen der Mitglieder des Reichstages keine grosse Geneigtheit gezeigt habe, unseren Wünschen entgegen zu kommen. Es werde uns vorbehalten bleiben, unsere Wünsche zur gegebenen Zeit zu erneuern.

Busch-Crefeld beklagt gleichfalls, dass in den genannten Kreisen das Verständniss für die berechtigten Wünsche der Aerzte hinsichtlich ihres Einflusses auf die Ausführung der socialen Gesetze nur in geringem Maasse vorhanden sei und sieht die Möglichkeit einer Besserung vorzugsweise in einer stärkeren Betheiligung der Aerzte an öffentlicher und parlamentarischer Thätigkeit.

Als Berichterstatter über die Thätigkeit der Denkmalscommission äussert Busch: Die erste Sitzung habe im September vorigen Jahres hier stattgefunden. Der Oberbürgermeister in Eisenach habe sofort in liebenswürdigster Weise 4 Plätze zur Verfügung gestellt, der schönste davon sei ausgewählt worden. Das Ergebniss des Aufrufes habe sich über Erwarten reich gestaltet. Prof. Jansen-Düsseldorf sei mit der Ausführung betraut gewesen und Meister Conradus in Eisenach habe ihm in bester Weise zur Seite gestanden. Der Stein sei aus Schweden bezogen worden, der Metallguss in Gladebeck ausgeführt. Von 254 Vereinen sei die Summe von 13797 M. aufgebracht worden, dazu an Einzelbeiträgen 2762 M., vom preussischen Ministerium 300 M., in Summa 16541 M. Ausständig seien noch 25 Vereine, ihre Beiträge jedoch gesichert. Redner spricht den Dank aus Allen, die an dem schönen Werke mitgeholfen, besonders dem aufopfernden Wirken der Herren in Eisenach, speciell des Collegen Wedemann.

Der Vorsitzende dankt Namens des Aerztetages der Commission und allen Betheiligten für ihre Thätigkeit.

Zum Bericht der Statuten-Revisions-Commission äussert sich Löbker: Auf dem vorjährigen Aerztetage in Nürnberg sei von Berlin etc. eine Anzahl von Anträgen auf Abänderung der Satzungen gestellt worden; die hiefür gewählte Commission, die den Auftrag hatte, dem diesjährigen Aerztetage bestimmte Vorschläge zu unterbreiten, habe sich jedoch einstimmig dahin schlüssig gemacht, dem Aerztetage vorzuschlagen, es sei mit Rücksicht auf den festlichen Charakter der diesjährigen Tagung die Berathung der genannten Anträge auf den nächsten Aerztetag zu verschieben und das Mandat der Commission bis dahin zu verlängern.

Die Versammlung beschliesst einstimmig in diesem Sinne.

Zu Ziffer III der Tagesordnung — Vereinsblatt — theilt Wallichs mit, der Raum des Blattes sei durch die Standes-Angelegenheiten dermaassen ausgefüllt, dass bisher keine Möglichkeit bestanden habe, früher geäusserten Wünschen auf Aufnahme wissenschaftlicher Arbeiten zu entsprechen. Der Wunsch nach Abtrennung des Inseratentheiles werde thunlichst in Zukunft berücksichtigt werden. Der Vorsitzende spricht Namens des Aerztetages dem Redacteur Wallichs für seine im letzten Geschäftsjahre aufgewendete Mühe den Dank aus.

An Stelle des durch Krankheit verhinderten Cassiers Hüllmann erstattet Wallichs den Cassenbericht, aus dem zu ersehen ist, dass den letztjährigen Einnahmen mit 42642 M. Ausgaben in der Höhe von 35600 M. gegenüberstehen und dass das vorhandene Vermögen 35000 M. beträgt. Die zu Revisoren bestimmten Herren v. Heusinger und Busch haben die Revision vorgenommen und beantragen die Entlastung des Cassiers, welche ertheilt wird.

Zu Ziff. V der Geschäftsordnung, dem Hauptthema der diesjährigen Berathungen, nimmt das Wort der Referent Lent-Cöln:

Er habe an Stelle des zu Aller Bedauern durch Unwohlsein verhinderten Hofrath Brauser, der seit vielen Jahren unablässig und in verdienstvollster Weise um diese Frage sich bemüht habe und der eigentlich heute an dieser seiner Stelle stehen müsste, das Referat übernommen. In eingehendster Weise greift er zurück auf die Berathungen des Reichstages des norddeutschen Bundes über die Gewerbeordnung von 1869 und auf den verhängnissvollen Einfluss, den die Ansichten der Berliner med. Gesellschaft und ihrer Vertreter im Parlament entgegen dem Willen der Regierung und dem Gutachten der wissenschaftlichen Deputation für das Medicinalwesen auf den Gang der Dinge gehabt haben. In feuriger, begeisterter Rede charakterisirt er den Beruf des Arztes, weist hin anf die hohe ethische Bedeutung desselben und bestreitet die Berechtigung, die Heilkunde als ein Gewerbe anzusehen und unter die Gewerbeordnung zu stellen. Die Frage, ob sich die Freigabe der Curpfuscherei im Sinne der Verminderung derselben und im Sinne eines Nutzens für das Publicum bewährt habe, verneint er auf's Entschiedenste. Auf Grund vielfacher und gewissenhafter statistischer Erhebungen sei es zweifellos, dass die Curpfuscherei sich seit dieser Zeit ausserordentlich vermehrt habe und sicher sei auch die Thatsache, dass die Frechheit und Gemeingefährlichkeit der Pfuscherei fortwährend im Steigen sich befinde. Referent beleuchtet nunmehr die Gefährlichkeit derselben für das öffentliche Wohl hinsichtlich der Bekämpfung der Seuchen, ihre Schädlichkeit für die sociale Gesetzgebung, die bedeutende Erschütterung des Ansehens der Aerzte, die gerade dadurch noch besondere Bedeutung gewonnen habe, dass sogar Aerzte sich auf den Weg der Curpfuscherei begeben haben. Nachdem das Wissen und Können der Aerzte in erheblicher Weise zugenommen habe und grosse Fortschritte in der Wissenschaft gemacht worden seien, hätte das Ansehen der Aerzte von Rechts wegen steigen müssen, sie hätten es verdient. — Bei Erlass dieser Gewerbeordnung sei unter dem Einflusse der damaligen Weltanschauung das Princip der Freiheit des Individuums und seiner Erwerbsthätigkeit so schrankenlos durchgeführt worden, dass die schwersten Gefahren für das öffentliche Wohl daraus entstanden seien. «Das Wesen der Gewerbefreiheit, habe ein Staatsmann gesagt, liegt nicht darin, dass keine Regel, keine Grenze, keine Norm mehr gelten soll und dass Jeder thun und treiben kann, was er will.» Das ist mit einem geordneten Staatswesen unvereinbar. Fast alle civilisirten Staaten haben die Curpfuscherei unter Strafe gestellt. Als sie 1792 in Frankreich unter dem Einflusse der alle Bande lösenden Revolution freigegeben war, habe man sich durch ihr starkes Ueberwuchern schon 10 Jahre später genöthigt gesehen, sie wieder unter Strafe zu stellen. Da die bei uns bestehenden gesetzlichen Bestimmungen zu einer wirksamen Bekämpfung der Pfuscherei durchaus unzulänglich seien, so sei es nothwendig, mit aller Energie ein Verbot der Curpfuscherei von der Gesetzgebung zu fordern.

Aus dem reichen Inhalte des umfassenden, überzeugenden und formvollendeten Referates, das von der Versammlung mit lebhaftestem Beifalle aufgenommen wurde, hier mehr als einen nur unvollkommenen Auszug zu geben, ist unmöglich.

Es möge den Herren Collegen ausdrücklich empfohlen sein, Lent's vorzügliche Darstellung in der vollständigen Wiedergabe des Vereinsblattes nachzulesen.

Als Beschlusssätze waren von ihm folgende Thesen aufgestellt worden:

1. Die Freigabe der Ausübung der Heilkunde hat das öffentliche Wohl direct und indirect und das Ansehen der Aerzte schwer geschädigt.

2. Die Voraussetzungen, unter denen die Ausübung der Heilkunde durch die Reichs-Gewerbeordnung freigegeben wurde, haben sich nicht erfüllt, weil die Unterscheidung zwischen Arzt und Curpfuscher (§ 29) vom Volke nicht verstanden wird, weil die Curpfuscherei an Umfang erheblich zugenommen hat, weil die Bestrafung der Curpfuscherei für angestifteten Schaden nur selten erfolgt.

3. Die Curpfuscherei, welche im Umherziehen vom Reichstage (Gesetz vom 1. Juli 1883) schon wieder verboten wurde, ist wieder unter Strafe zu stellen.

4. Die Ausübung der Heilkunde ist den Bestimmungen der Reichsgewerbeordnung (§ 6 etc.) zu entziehen und durch eine deutsche Aerzteordnung zu regeln.

Dazu waren eingelaufen folgende Anträge Kalischer-Berlin:

I. Der Aerztetag hält fest an den durch die Gewerbeordnung gewährleisteten Errungenschaften (Freizügigkeit, Freiwillige Hilfeleistung etc).

II. Der Aerztetag anerkennt indess nach wie vor die Schäden des Curpfuscherthums und empfiehlt zu wirksamer Bekämpfung derselben:

1. *Seitens des Staates:*
   strengere Handhabung der bestehenden Bestimmungen gegen die Curpfuscher.
2. *Seitens der Aerzte:*
   a) *Kräftigere Unterstützung der Behörden in diesem Kampfe;*
   b) *eifrigere Belehrung des Publicums über die Schäden der Curpfuscherei in Wort und Schrift.*

III. Der Aerztetag beauftragt den Ausschuss oder eine Commission mit der Aufgabe, für die Durchführung der ad II, 2, angedeuteten Momente zu sorgen und auf dem nächsten Aerztetag darüber zu berichten.

Weiterhin, veranlasst und vertreten durch Kossmann-Berlin, folgende Anträge der Berlin-Brandenburgischen Aerztekammer:

Solange die Ausübung des Heilgewerbes ohne staatliche Approbation freigegeben bleibt, ist erforderlich, dass die staatlichen Behörden zum Schutze des Publicums vor Schädigungen durch nichtapprobirte Personen von den geltenden Gesetzen, sowie von ihrer Befugniss zum Erlass zweckdienlicher Verordnungen den kräftigsten und ausgiebigsten Gebrauch machen.

Insbesondere ist zu wünschen:

1. eine energischere strafrechtliche Verfolgung der betrügerischen Vorspiegelungen, durch die viele Curpfuscher das Publicum anlocken;

2. eine energischere strafrechtliche Verfolgung der in der Unterlassung einer zweckentsprechenden Untersuchung des Kranken zweifellos zu erblickenden Fahrlässigkeit, falls durch diese die zur Heilung bezw. Rettung des Kranken nothwendigen Maassregeln versäumt worden sind;

3. die Ergänzung und strenge Durchführung derjenigen Verordnungen, durch die die Verabreichung stark wirkender Medicamente ohne ärztliche Anweisung verhindert werden soll;

4. das Verbot der öffentlichen Anpreisung bestimmter Heilmethoden, der Anerbietung brieflicher Behandlung und der öffentlichen Anlockung von Kranken durch das Versprechen sicherer Heilung.

Endlich ein Antrag Guttstadt-Berlin:

Zur Bekämpfung der Curpfuscherei geeignete Maassregeln unter Gewährung von Geldmitteln zu ergreifen.

In der Generaldiscussion vertritt in Begründung seiner Anträge Kalischer die Auffassung, dass die Einführung des Curpfuschereiverbotes nicht nothwendig sei, sondern dass die Remedur der bestehenden Schäden durch seine Anträge geschehen könne.

Sachs-Breslau steht dem Antrag auf Einführung des Curpfuschereiverbotes nicht unsympathisch gegenüber. Eine Enquête in Schlesien habe das Bestehen unglaublicher Missstände auch dort erkennen lassen Aber es stehe für ihn durchaus nicht sicher fest, dass die gegenwärtigen Rechte und Freiheiten der Aerzte, die schon auf dem X. Aerztetag in Nürnberg 1882 als fundamentale bezeichnet worden seien, die Freiwilligkeit der ärztlichen Hilfeleistung (entgegen dem vor 1869 bestandenen § 200 des preuss. Strafgesetzbuches), die Freizügigkeit und die freie Vereinbarung des Honorares, auch unangetastet bleiben werden. Er könne also den Thesen des Referenten nur dann zustimmen, wenn in denselben ausdrücklich erklärt werde, dass die Aerzte an diesen Rechten unter allen Umständen festzuhalten wünschen, und beantrage dementsprechend Zusatz.

Cohn-Frankfurt versucht in Vertheidigung des damaligen Vorgehens der Berliner med. Gesellschaft und in ungeschwächter Betonung der dafür maassgebenden manchesterlichen Grundsätze die Vortheile hervorzuheben, welche aus der vom Jahre 1869 geschaffenen Sachlage erwachsen seien. Eine Zunahme der Zahl der Curpfuscher sei nicht zu erkennen, aus den einschlägigen amtlichen Berichten in Bayern sei sogar das Gegentheil zu entnehmen. Er beantragt die Ablehnung der Thesen des Referenten.

Der Vorsitzende hat über die Bedeutung der Statistik über die Curpfuscherei in Bayern hinsichtlich ihrer Wichtigkeit und Richtigkeit eine andere Meinung als der Vorredner. Im Uebrigen sei die Verpflichtung der bayerischen Amtsärzte zur Führung dieser Statistik aufgehoben worden.

In Vertretung seiner Anträge betont Kossmann-Berlin, dass bei den heutigen politischen Verhältnissen eine Aussicht auf Einführung des Curpfuschereiverbotes in absehbarer Zeit nicht bestehe, dass wir aber, um irgend etwas Praktisches zu leisten, die Regierung auffordern müssten, die Bestimmungen, die gegen die Curpfuscherei in der bestehenden Gesetzgebung zur Verfügung stehen, energisch anzuwenden.

Nun ereignet sich ein erfreuliches Novum. Der grossherzogl. Bezirksdirector Eucken, der den bisherigen Verhandlungen mit ungetheiltem Interesse gefolgt ist, erbittet sich das Wort. Den ausgezeichneten Ausführungen des Referenten und dem Gang der Debatte habe er, für den als Verwaltungsbeamter diese Materie von höchstem Interesse sei, mit Aufmerksamkeit angewohnt. Er fühle sich gedrungen, zu sagen, dass er nach seinen Erfahrungen in der Verwaltung und im Parlament der Meinung sei, dass man, wenn man in dieser Sache etwas erreichen wolle, möglichst scharf vorgehen müsse. Die Bekämpfung der Pfuscherei habe gar keine Aussichten ohne ein gesetzliches Verbot.

Ein solches uneingeschränkt und energisch zu fordern, hätten die Aerzte das gute Recht. Lebhafter Beifall dankte dem Redner für diese spontane, der Versammlung werthvolle Betheiligung an der Debatte.

Der weitere Gang derselben bewegte sich vorzugsweise um die von verschiedenen Rednern verschieden hoch taxirte Gefahr einer eventuellen Wiedereinführung des früheren Zwanges zur Hilfeleistung (preuss. § 200). — Beck-Nürnberg schlägt das Bedenkliche eines solchen angesichts der gegen früher so gänzlich veränderten Verhältnisse (Krankenversicherungs Gesetz) durchaus nicht so hoch an, so dass die Furcht davor ihm nicht begründet erscheine, und Krabler-Greifswald ruft mit Recht: «Haben wir nicht Alle den hippocratischen Eid geleistet? Nun denn, der enthält den § 200!» Nachdem noch u. A. Franz-Schleiz sich gegen jede Verwässerung der Lent'schen Thesen ausgesprochen, beantragt Landsberger, den Antrag Sachs als Zusatz zur These 4 des Referats anzunehmen.

Die Generaldiscussion wird geschlossen.

In einer «persönlichen» Bemerkung verwahrt sich Becher-Berlin gegen die Annahme, dass die Berliner Vereine den Anträgen Kalischer nahe stünden.

Nach kurzer Specialdiscussion erklärt der Referent seine Bereitwilligkeit, einen Zusatz im Sinne des Antrages Sachs in seine These 4 aufzunehmen. These I, II, III des Referats werden mit allen Stimmen gegen ganz geringe Minoritäten (5—6 Stimmen) angenommen. Ueber These 4 soll in Anbetracht der Wichtigkeit des Gegenstandes nach der Zahl der durch die Delegirten vertretenen Stimmen entschieden werden. These 4 in der Fassung Lent-Sachs wird mit 11356 gegen 866 Stimmen angenommen.

(Verschiedene Delegirte, obwohl persönlich für die These, mussten in Folge imperativen Mandates ihrer Wähler dagegen stimmen.)

Kalischer zieht seine Anträge zurück.

Die Anträge Kossmann-Berlin werden abgelehnt. Antrag Guttstadt ist damit ebenfalls gefallen. Schluss der Sitzung 1¼ Uhr.

Auf Nachmittag 4 Uhr war die Feier der Enthüllung des Graf-Richter-Denkmals festgesetzt. Ihr anzuwohnen war auch die Familie des verewigten Vorsitzenden Graf eingetroffen.

Aub-München eröffnete mit Frau Geheimrath Graf den ernsten Zug, der sich zum verhüllten Denkmal bewegte. In lebhafter Theilnahme hatte sich ausser den Behörden Eisenachs eine grosse Menge der Einwohnerschaft um das Denkmal geschaart. Herrlicher Sonnenschein begünstigte den Tag. Als die Töne einer ernsten Weise, von einer Musikkapelle vorgetragen, verklungen waren, ergriff der Vorsitzende Aub das Wort. Er schilderte das Wirken der beiden Männer, denen die deutschen Aerzte heute ein sichtbares Zeichen ihres Dankes zu weihen im Begriffe seien. Ein anderes, hoffentlich dauerndes Denkmal hätten sie sich selbst gesetzt, der Eine durch die Schaffung, der Andere durch die langjährige, mit hingebender Treue geführte Leitung des deutschen Aerztevereinsbundes, der heute in kraftvoller Gestaltung und lebendiger Bethätigung vor uns stehe. Redner schildert sodann in pietätvollen Worten die edlen Charaktereigenschaften der beiden Männer, von denen Graf, der unvergessliche, unermüdliche Führer, auch den jüngeren Collegen in frischester Erinnerung stehe. Die Aufgaben und Ziele der Körperschaft, welche diese Männer gegründet, lägen vornehmlich in der Richtung der Entwickelung und Hebung des ärztlichen Standes, sowie der Förderung des allgemeinen Wohles; aber der Bund habe noch eine andere Seite, eine patriotische. Geschaffen zu einer Zeit, da Kaiser und Reich neu erstanden waren, habe er stets redlich daran gearbeitet, die Berufsgenossen aus allen Theilen des deutschen Vaterlandes sich immer näher zu bringen und auch dieses Bestreben sei von dem erfreulichsten Erfolge gekrönt gewesen. Das Hoch des Redners, in das die Versammlung lebhaft einstimmte, galt Kaiser und Reich. Nun senkte sich die Hülle von dem Denkmale. An hohem, marmornem Obelisk zeigten sich die in Bronze gegossenen Reliefbildnisse der beiden Gefeierten, zwischen ihnen die graziöse Figur eines jugendlichen Aesculap. Ein Sängerchor intonirte die Hymne: «Die Himmel rühmen des Ewigen Ehre», und als derselbe geendet, übernahm der I. Bürgermeister Eisenachs in kurzer Ansprache das Denkmal in den Schutz und die Fürsorge der Stadt. Nachdem noch von einer Anzahl ärztlicher Vereinigungen kostbare Kränze am Denkmal niedergelegt waren, schloss ein Choral die erhebende Feier. Im «Goldenen Löwen» vereinigten sich sodann um 5 Uhr die Festgenossen zu fröhlichem Mahle, das durch eine grosse Anzahl ernster und heiterer Reden gewürzt war. Unter Anderem toastirte Aub auf Kaiser und Landesherrn, Herr v. Eucken auf den Aerztevereinsbund, Löbker auf den Vorsitzenden, Dippe auf die Damen, Wedemann auf Prof. Jansen, den geistreichen Schöpfer des Denkmals, Wallichs auf Eisenach und das Localcomité. Referendar Graf dankte im Namen der Familie für die Ehrung, die dem verstorbenen Vater zu Theil geworden. Von vielen Seiten trafen Telegramme ein, unter Anderen von Brauser-Regensburg, dem allzeit getreuen Rufer im Streit und langjährigen Mitgliede des Geschäftsausschusses.

Schon lagen Thäler und Höhen im Schweigen der Nacht und im Mondlichte schimmerten die Thürme der Wartburg, als die Tafel sich auflöste und die Theilnehmer in einzelnen Gruppen sich ergingen, die erquickende Kühle der Landschaft zu geniessen.

Der zweite Tag der Berathungen, der 11. September, brachte zunächst die Wahl des Geschäftsausschusses. Es wurden gewählt: Aub, Wallichs, Busch, Lent, Heinze, Pfeiffer, Krabler, Löbker, Siegel. Brauser erklärte seinen Rücktritt aus dem Geschäftsausschusse aus Gesundheitsrücksichten; für ihn wird cooptirt Merkel-Nürnberg, ferner Lindmann, Wagner, v. Heusinger, Eulenburg, Landsberger.

Zu Ziffer VII der Geschäftsordnung: die Schularztfrage, hatten die Herren Dr. Thiersch-Leipzig und sein Correferent Professor Dettweiler-Darmstadt folgende Thesen aufgestellt:

1. Die Mitwirkung der Aerzte zur Lösung schulhygienischer Fragen ist nothwendig.

2. Den beamteten Aerzten ist überall die Begutachtung von Schulbauplänen, sowie die hygienische Aufsicht über Schulgebäude zu übertragen.

3. Nach den bisherigen Erfahrungen ist die Einrichtung officieller Schulärzte in Anlehnung an die Functionen des beamteten Arztes für Volksschulen grosser Städte zu empfehlen. Die Thätigkeit solcher Aerzte hat sich, unbeschadet der Befugnisse der beamteten Aerzte, zu erstrecken auf die Hygiene der Schulgebäude und der Schulkinder.

4. Die Regelung der Hygiene des Unterrichts einschliesslich der Frage der Ueberbürdung erfolgt durch die obere Schulbehörde, der ein Arzt als ständiges Mitglied angehört.

5. Die bisherigen Forschungen über Ermüdung an Schulkindern haben noch nicht zu einem abgeschlossenen Urtheil hinsichtlich ihrer praktischen Verwerthbarkeit für die Schule geführt. Zur weiteren Förderung dieser Frage empfehlen sich fortgesetzte, gemeinsam von Aerzten und Schulmännern auszuführende Versuche, denen überall die thatsächlichen Verhältnisse des Unterrichts zu Grunde zu legen sind.

6. Es ist dringend wünschenswerth, dass die Lehrer aller Schulgattungen, insbesondere die Leiter, sich die Grundsätze der Schulhygiene aneignen, um deren praktische Durchführung zu sichern.

(Von den Thesen wird Thiersch 1—4 und Dettweiler 5—6 vertreten. Zu 5 werden sich beide von ihren Gesichtspunkten aus äussern.)

Dr. Eulenburg-Berlin beantragt folgende Abänderungen:

These 2. Den beamteten Aerzten ist überall die Begutachtung von Schulbauplänen zu übertragen.

These 3. Für Volksschulen grosser Städte sind officielle Schulärzte anzustellen, deren Thätigkeit sich auf die Hygiene der Schulgebäude und der Schulkinder zu erstrecken hat.

Die Einrichtung officieller Schulärzte für alle Schulen ist dringend zu empfehlen.

These 5. Von den Schulärzten sind gemeinsam mit Schulmännern weitere Untersuchungen über schulhygienische Fragen anzustellen, besonders zur Erforschung der Ermüdungsfragen, wobei überall die thatsächlichen Verhältnisse des Unterrichts zu Grunde zu legen sind.

Edel-Berlin beantragt als einzige These:

Da die Schule erfahrungsgemäss im Stande ist, einen schädigenden Einfluss auf die Gesundheit der Schüler auszuüben, muss sie unter dauernde ärztliche Fürsorge gestellt werden, die sich sowohl auf das Schulhaus, als auch auf die Einwirkung des Unterrichts erstrecken muss.

In Vertretung seiner Thesen weist Thiersch auf die Erfolge hin, welche man hinsichtlich der Mitwirkung der Aerzte an der Lösung schulhygienischer Fragen in Sachsen bisher erzielt habe. Auf Grund derselben müsse den übrigen Bundesstaaten die Einführung einer solchen Institution dringend empfohlen werden. Im Uebrigen hiesse es den vortrefflichen Vortrag, sowie den folgenden des Correferenten Prof. Dr. Dettweiler, der das Thema vom Standpunkte des erfahrenen, vorurtheilsfreien und im besten Sinne modernen Pädagogen behandelte, abschwächen, wollte man nur Einzelnes davon herausgreifen. Auch diese beiden Referate seien zur eingehenden Lectüre in der Wiedergabe des Vereinsblattes ausdrücklich empfohlen.

In der Generaldiscussion sprachen Sachs über die Breslauer, Demuth über die bayerischen einschlägigen Verhältnisse; Becher-Berlin redete einer grösseren Unabhängigkeit und Initiative der Schulärzte das Wort. Schmidt-Monnard-Halle trug seine interessanten Untersuchungen und Beobachtungen über die chronische Kränklichkeit der Schulkinder vor (Vereinsblatt No. 358), Siemens-Lauenburg beleuchtete die Verdienste Kraepelin's um die Schulfrage, die Bedeutung der Pubertätsperiode für die Entwickelung, verlangt gerade in dieser Zeit sorgfältigste Schonung und Ueberwachung der Kinder und bedauert die Einführung eines schweren Einjährigen-Examens in Preussen, das gerade in diese Periode falle. Er erwartet sich davon alsbald wahrnehmbare Schädigungen. Henius-Berlin bestreitet in lebhafter Ausführung das Vorhandensein einer Ueberbürdung und führt die Klagen hierüber auf Humanitätsduselei, Mangel an häuslicher Ueberwachung und Erziehung, Unordnung im Hauswesen, gesellschaftliche Ueberbürdung der Kinder, verderbliche Lectüre u. s. w. zurück. Besondere Aufmerksamkeit sei den höheren Mädchenschulen zu widmen.

Landsberger beantragt, die Thesen der Referenten in eine kurze Resolution zusammenzuziehen. Referent und Correferent einigen sich zu folgender Fassung:

> «Die bisherigen Erfahrungen lassen die Einsetzung von Schulärzten im Allgemeinen als dringend erforderlich erscheinen. Die Thätigkeit dieser Schulärzte hat sich ebensowohl auf die Hygiene der Schulräume und Schulkinder, wie auf eine sachverständige Mitwirkung hinsichtlich der Hygiene des Unterrichtes zu erstrecken.»

Es erfolgt einstimmige Annahme.

Auf Antrag Krabler wird der Geschäftsausschuss beauftragt, eine Commission niederzusetzen für die Regelung des Verhältnisses der Aerzte zu den Privat-Unfallversicherungsgesellschaften.

Becher-Berlin beantragt, auf die Tagesordnung des nächsten Aerztetages die Frage der preussischen Medicinalreform zu setzen. Der Vorsitzende und verschiedene Redner erachten den Antrag in formeller und praktischer Hinsicht als bedenklich. Becher zieht denselben, insbesondere durch die Ausführungen Lent's bewogen, zurück.

Für das Jahr 1898 ist der deutsche Aerztetag nach Wiesbaden, nach Zittau und Dessau eingeladen. Beschluss hierüber ist dem Geschäftsausschuss vorbehalten.

Alexander-Berlin wünscht, dass der Aerztetag künftig statt im Juni, im September abgehalten werde. Auch hierüber hat statutengemäss der Geschäftsausschuss zu bestimmen, der den Wunsch zur Kenntniss nimmt.

Damit ist die Tagesordnung erschöpft.

Der Vorsitzende wirft einen Rückblick auf den Verlauf der beiden Tage; die Versammlung könne mit Befriedigung constatiren, dass die Verhandlungen in durchaus sachlicher und würdiger Weise geführt worden seien. Besondere Anerkennung gebühre den Referenten, deren vortreffliche Arbeiten möglichst weiten Kreisen zugänglich gemacht werden sollen.

Auch den Theilnehmern des Aerztetages, den Collegen aus Eisenach ganz besonders, ferner den Behörden und dem Geschäftsausschusse spricht der Vorsitzende seinen Dank aus.

Reder-Rostock dankt Namens der Versammlung dem Vorsitzenden für die ausserordentlich geschickte und schneidige Leitung der Verhandlungen und schliesst mit einem Hoch auf Aub und den Geschäftsausschuss.

Der Vorsitzende erklärt den 25. deutschen Aerztetag für geschlossen.

Kräftig, arbeitsfreudig und getreu den Grundsätzen, nach welchen er durch 25 Jahre an der Förderung des Wohles der deutschen Aerzte gearbeitet hat, tritt unser Bund in das 2. Vierteljahrhundert seines Bestehens. Wer den guten Geist kennen gelernt hat, der die Aerztetage beseelt, der weiss, dass diese Arbeit unverdrossen fortgeführt werden wird, so lange Zusammenhalten und gemeinsames Schaffen uns Noth thut. Ein Mann, der Edelsten und Vornehmsten einer, hat 23 Jahre lang unsere Fahne getragen; seinen Hingang haben wir schmerzlich betrauert, aber seinen muthigen Idealismus spüren wir noch in unseren Reihen, und von dem Denkmal, das sein Bild der Nachwelt überliefert, konnten wir scheiden mit dem Gelöbniss: Vorwärts in seinem Geiste!

XII. internationaler medicinischer Congress

in Moskau vom 19.—26. August 1897.

IV.

Section für Pädiatrie.

Referent: Dr. M. Wolfheim-Berlin.

Sitzung am 21. August, Vormittags.

Résultats de la ponction en ceinture dans l'hydrocéphalie.

1. Professor **v. Ranke**-München erstattet ein Referat über: **Lumbalpunction bei der Meningitis tuberculosa im Kindesalter.** (Das Referat ist an anderer Stelle dieser Nummer abgedruckt.)

2. Prof. **Monti**-Wien berichtet über 21 Fälle, an welchen in den verflossenen 2½ Jahren auf seiner Spitalabtheilung die **Lumbalpunction** nach Quincke sowohl zu diagnostischen als therapeutischen Zwecken vorgenommen wurde, und zwar bei 15 Fällen von Meningitis basilaris tuberculosa, bei 5 Fällen von Meningitis cerebrospinalis epidemica und bei einem Falle von acutem Hydrocephalus nach Meningitis cerebrospinalis.

Referent kommt zu folgenden Schlüssen:

1. Die Lumbalpunction nach Quincke liefert bei Meningitis basilaris tuberculosa nur ausnahmsweise diagnostische Anhaltspunkte und kann desshalb die klinische Diagnose nicht umstossen.

2. In therapeutischer Beziehung ist die Lumbalpunction bei Meningitis tuberculosa nach den bisherigen Erfahrungen werthlos.

3. Bei acuten Fällen von Meningitis cerebrospinalis epidemica liefert die Untersuchung der durch die Lumbalpunction gewonnenen Cerebrospinalflüssigkeit Anhaltspunkte zur Sicherstellung der Diagnose.

4. Bei bereits mehrwöchentlichem Bestande der Meningitis cerebrospinalis epidemica ist das Ergebniss der Untersuchung der Cerebrospinalflüssigkeit gewöhnlich negativ.

5. In therapeutischer Beziehung scheint die mehrmals wiederholte Lumbalpunction im acuten Stadium der Meningitis cerebrospinalis epidemica nicht ohne günstigen Einfluss auf den Verlauf der Erkrankung zu sein und dürfte die von derselben bedingte Mortalität vermindern.

6. Die Punction der Fontanelle mit oder ohne Einspritzung von Jodpräparaten hat sich bei chronischem Hydrocephalus bis jetzt als wirkungslos erwiesen.

3. Prof. **Falkenheim**-Königsberg: Die eigenen Erfahrungen des Referenten beziehen sich auf 12 unter elenden poliklinischen Verhältnissen spät zur Beobachtung und Punction gekommene Fälle von acutem tuberculösem Hydrocephalus, über die im Anschluss an die vorhergehenden Ausführungen kurz berichtet wird. In einigen Fällen unmittelbar nach der Punction vorübergehende Besserung, in allen schliesslich Ausgang in Tod. Im Hinblick auf die durch die Freyhan'sche Beobachtung gewährleistete Möglichkeit einer Ausheilung der Meningealtuberculose ist trotz der geringen Chancen die Ausführung der Lumbalpunction, aber der frühen, zu empfehlen, auch schon im Hinblick auf die temporären Erleichterungen. Hinsichtlich der Meningitis serosa — an die diagnostischen Schwierigkeiten in Richtung der Meningitis tuberculosa und der infectiösen acuten Meningitis cerebrospinalis wird erinnert — muss es auf Grund der bisher vorliegenden Mittheilungen dahin gestellt bleiben, ob die Lumbalpunction den schliesslichen günstigen Ausgang bewirkt hat, wie es nach den Erfahrungen von Quincke, Schwartz wohl möglich erscheint, immerhin aber unterliegt es keinem Zweifel, dass die Lumbalpunction für eine erhebliche Anzahl auch dieser Fälle zum Mindesten ein sehr schätzbares Mittel darstellt, die Beschwerden zu lindern.

In den Fällen von chronischem Hydrocephalus, in welchen Entwickelungsstörungen des Gehirns vorliegen, ist die Lumbalpunction aussichtslos. In den anderen leistet sie, sofern freie Communication zwischen den Seitenventrikeln, den Subarachnoidalräumen des Gehirns und des Rückenmarks besteht, dasselbe wie die eingreifendere Ventrikelpunction, zeitigt sie gelegentlich Erfolge, ist aber bei der Unsicherheit derselben nur bei Steigerung der hydrocephalischen Erscheinungen mit Bedrohung wichtiger Functionen des Sehorgans, der Psyche, des Lebens überhaupt, in Anwendung zu ziehen.

Auch beim chronischen Hydrocephalus bei Hirntumoren sind in einer kleinen Anzahl von Fällen Besserungen der Beschwerden erzielt, die zur Anwendung der Lumbalpunction berechtigen. Zur Vermeidung der Wiederholung plötzlicher Todesfälle — wohl bedingt durch den verstärkt ansteigenden Hirndruck, nachdem durch Eintreten von Verschiebungen des Gehirns in Folge einseitiger Entlastung durch die Lumbalpunction die Communication zwischen den Seitenventrikeln und den anderen Räumen aufgehoben — bei Vermehrung der Beschwerden bald nach der Lumbalpunction nachträgliche Entlastung der Ventrikel durch directe Punction derselben.

Die Hoffnungen, welche an die Lumbalpunction in therapeutischer Hinsicht geknüpft worden sind, haben sich bisher nicht erfüllt. Sie ist lediglich ein im Wesentlichen ungefährliches Palliativum, durch welches in einer Reihe von Fällen vorübergehende Besserungen erzielt werden können. Zur Zeit liegt ihr Hauptwerth in diagnostischer Richtung. Eine Aenderung ist erst zu erwarten, wenn Mittel zur wirksamen Bekämpfung der Grundursachen des Hydrocephalus gefunden sein werden. Alsdann wird die Lumbalpunction vielleicht auch bei der Meningealtuberculose bessere Resultate geben als bisher.

4. Dr. **Raczyński**-Krakau: In der Universitätsklinik in Krakau wurden seit 1894 26 Fälle von **Hydrocephalie** mit Lumbalpunction behandelt. Die entsprechenden Fälle lassen sich in zwei Gruppen theilen. Die ersten 21 Fälle des reinen spontanen Hydrocephalus (angeboren oder acquirirt) waren ohne bekannte Ursache. Die zweiten 5 Fälle Hydrocephalie waren post meningitidem cerebrospinalem entstanden. Die 17 erster Gruppe meldeten sich in der Klinik in dem Stadium, wo der Kopfumfang noch in Zunahme begriffen war, und durch in diesen Fällen vorgenommene Lumbalpunction verkleinerte sich zwar der Kopfumfang unmittelbar nach der Punction, aber in einigen Tagen füllte er sich wiederum an, um die frühere Grösse zu erreichen und sie endlich zu übersteigen. Wir haben kein einziges Mal in diesen Fällen eine Heilung, auch keine Genesung gesehen. Die Punction war ohne schädlichen, ohne günstigen Einfluss auf den Verlauf dieser Fälle.

Vier Fälle dieser Gruppe wurden in einem Stadium aufgenommen, wo der verknöcherte Kopf sich nicht mehr vergrössern konnte. Die Hydrocephalie war von selbst geheilt, aber die mehr weniger intelligenten Kinder konnten nicht gehen. Die Reflexe waren erhöht, die Bewegungen spastisch.

Da diese Erscheinungen auf die in grösserer Menge angesammelte Flüssigkeit zu beziehen waren, so hat man gehofft, mit der Punction viel erreichen zu können. Aber auch in diesen Fällen war der Erfolg nicht glänzend.

Den Nachlass der quälenden Erscheinungen haben wir in der zweiten Gruppe von Fällen der Hydrocephalie nach Meningitis gesehen. Die Kopfschmerzen waren geringer, das subjective Druckgefühl verschwand.

Von diesen Erfahrungen haben wir den Eindruck gewonnen, dass wir principiell die Hydrocephalie mit blossem Auslassen der angesammelten Cerebrospinalflüssigkeit nicht heilen können, wir müssen die Zukunft der Therapie dieser Krankheit in der Aufklärung der Pathogenese ersehen.

Prof. **L. Concetti**-Rom: **Etude chimique et bactériologique sur le liquide hydrocéphalique.**

Die bacteriologische und chemische Untersuchung der durch Punction gewonnenen Flüssigkeit ergab Folgendes: Die schwach

alkalische Flüssigkeit hatte ein specifisches Gewicht von 1005—1010, sie war steril und hatte keine toxische Wirkung auf Thiere. Die Albuminmenge hielt sich stets in denselben Grenzen (etwa 0,25 Prom.) trotz wiederholter Punctionen. Glucose war niemals vorhanden, desgleichen keine Peptone, kein Harnstoff, kein Quecksilber, kein KJ. Salze enthielt die Flüssigkeit in geringer Menge. Man kann also behaupten, dass die Hydrocephalusflüssigkeit fast dieselbe chemische Zusammensetzung hat, wie der physiologische Liquor cerebrospinalis, und dass sie nicht als Exsudat oder Transsudat, sondern als echte Secretionsflüssigkeit aufgefasst werden muss.

Concetti hat das Verhalten der Hydrocephalusflüssigkeit pathogenen Keimen gegenüber studirt, welchen man bei infectiösen Kinderkrankheiten oft begegnet (Streptococcen, Staphylococcus pyogenes aureus und albus, Pneumococcus und Bacterium coli). Er hat Versuchserien angestellt, um die Entwickelung der verschiedenen Bacterien und deren pathogene Wirkung auf Thiere zu beobachten und fand, dass die Entwickelung gehemmt wird, bei Staphylococcen fand er eine agglutinative Wirkung: die Bewegungen des Bacterium coli wurden träger. Bezüglich der pathogenen Einwirkung auf Thiere fand er, dass der Tod bei diesen später eintrat, als bei Controlthieren. Bei der Autopsie fanden sich nur leichte, oberflächliche, anatomisch-pathologische Laesionen, oftmals waren gar keine Veränderungen vorhanden.

Prof. **Monti**-Wien: **Zur Frage des therapeutischen Werthes der Laparotomie bei Peritonitis tuberculosa.**

Mit dem Namen Peritonitis tuberculosa werden verschiedene pathologische Veränderungen des Peritoneums zusammengefasst.

In einer Reihe von Fällen liegt eine Miliartuberculose des Peritoneums mit seröser Exsudation vor, wobei der Darm frei ist oder einzelne Anwachsungen zeigen kann, und die Mesenterialdrüsen unverändert oder etwas hyperplastisch sind.

In einer zweiten Reihe von Fällen sind es die verkästen Mesenterialdrüsen, welche diese adhaesive Peritonitis mit tuberculösen Exsudaten zwischen den Gedärmen veranlassen.

In einer dritten Reihe ist eine reine adhaesive Peritonitis mit starken Verwachsungen der Gedärme ohne wesentliches flüssiges Exsudat oder Veränderungen der Mesenterialdrüsen vorhanden.

Schliesslich können tuberculöse Ulcerationen zu einer tuberculösen adhaesiven Peritonitis Anlass geben und durch Zerfall von Tuberculomen die Bildung von mehr oder weniger abgesackten Abscessen im Peritonealraum bedingen.

Referent hat in den letzten 4½ Jahren 21 Fälle beobachtet, welche zum Collectivbegriff der Peritonitis tuberculosa gehören.

10 Fälle boten das Bild der Miliartuberculose des Peritoneums mit reichlichem serösem Exsudate ohne sonstige Complicationen. 3 derselben wurden intern behandelt, davon 2 geheilt, 1 gebessert, 7 wurden durch Laparotomie geheilt, davon 1 mit Hyperplasie der Mesenterialdrüsen complicirt. In einem Falle trat nach der Laparotomie eine nochmalige seröse Exsudation in's Peritoneum auf, die auf mehrwöchentliche interne Behandlung schwand; 3 Monate darauf bildete sich Tuberculose in einem Ellenbogengelenk und in einem Hoden.

Ungünstiger waren die Erfolge sowohl der Laparotomie als der internen Behandlung bei jenen Fällen von Peritonitis tuberculosa, wo die verkästen Mesenterialdrüsen die hauptsächlichste pathologische Störung darstellten. Alle 4 beobachteten Fälle dieser Art sind ohne Erfolg behandelt worden.

Ebenso ungünstig waren die Erfolge bei sieben Fällen von Peritonitis tuberculosa mit starken Verwachsungen der Gedärme und kaum nachweisbarem flüssigem Exsudate. Die Laparotomie wurde nur in einem dieser Fälle vorgenommen. Dieselbe war nicht nur erfolglos, sondern nach dem Obductionsbefund hat sie möglicher Weise den Eintritt des letalen Ausganges begünstigt.

Referent kommt zu folgenden Schlüssen: 1. Die Peritonitis tuberculosa mit serösem Exsudat kann durch interne Behandlung geheilt werden, jedoch viel seltener und immer nach längerer Dauer als durch die Laparotomie.

2. Die Laparotomie ergibt bei Peritonitis tuberculosa mit flüssigem Exsudate sehr günstige Resultate; allein Recidive und das nachträgliche Auftreten anderweitiger localer tuberculöser Processe sind trotzdem nicht ausgeschlossen.

3. Bei Peritonitis tuberculosa mit starken Verwachsungen der Gedärme oder gleichzeitiger bedeutender tuberculöser Schwellung der Mensenterialdrüsen, wobei sehr wenig flüssiges Exsudat vorliegt, sind die Erfolge der Laparotomie ungünstig; dieselbe kann sogar üble Folgen herbeiführen.

4. Die bisherigen Erfahrungen sind zu gering, um den Werth der Laparotomie bei der Behandlung der Peritonitis tuberculosa mit Sicherheit beurtheilen zu können. Nur soviel ist schon sichergestellt, dass die Laparotomie bei Fällen von Peritonitis tuberculosa mit serösem Exsudat ohne wesentliche Verwachsungen der Gedärme oder Schwellung der Mesenterialdrüsen sehr günstige Erfolge liefert.

Prof. **v. Bokay**-Budapest: **Die Intubation in der Kinderpraxis mit Ausnahme der Diphtherie.**

Vortragender erörtert sein Thema in folgenden Abschnitten: a) Die Anwendung der Intubation bei luëtischen Stenosen, bei nicht luëtischen narbigen Stricturen und bei Laryngitis subglottica chronica hypertrophica. b) Die Anwendung der Intubation wegen Decanulement-Schwierigkeiten. c) Die Anwendung der Intubation bei in die oberen Luftwege gelangten Fremdkörpern. d) Die Intubation als unterstützendes Verfahren der Tracheotomie.

Bókay beschreibt zur Illustrirung obiger Punkte acht Fälle ausführlich, die sich alle auf das Kindesalter beziehen.

Sein 1. Fall betrifft eine narbige Kehlkopfstrictur, mit beinahe vollkommenem narbigem Diaphragma, welche durch Laryngofission und Intubation binnen anderthalb Jahren vollkommen geheilt wurde. Der 2. Fall ist ebenfalls eine narbige Larynxstrictur, mit bei nahe completem narbigem Verschlusse, der mittelst Intubation vollkommen erweitert wurde. Sein 3. Fall ist eine luëtische narbige Tracheostenose, bei dem die Intubation besonders frappanten Erfolg hatte. Der 4. Fall ist gleichfalls eine luëtische narbige Tracheostenose, die nach Anwendung der Tuben rasch verschwand. Der 5. Fall war eine Chorditis vocalis inferior, welcher bei Benützung der Schroetter'schen Röhren keine Besserung aufwies, sich jedoch nach Intubation verhältnissmässig rasch zurückbildete.

Zur Illustrirung der Nützlichkeit des O'Dwyer'schen Verfahrens bei Decanulement-Schwierigkeiten schildert der Vortragende zwei seiner Fälle; bei dem einen gelang die endgiltige Entfernung der 6 Jahre hindurch getragenen Canüle mittelst Intubation, bei dem zweiten wurden die durch Granulationsstenose verursachten Decanulement-Schwierigkeiten durch Intubation binnen Kurzem, mit verhältnissmässig geringer Mühe behoben. Letzterer Fall ist besonders interessant, da er sich auf ein noch kaum einjähriges Kind bezieht.

Bei einem Falle wendete der Vortragende das O'Dwyer'sche Verfahren wegen eines in die oberen Luftwege gelangten Fremdkörpers an; das 7 Monate alte Kind aspirirte ein Stückchen Eierschale, die sich in dem Kehlkopfe festsetzte; durch die Einführung des Tubus gelang es, dieselbe zu zerbrechen und hierdurch die Expectoration des Fremdkörpers zu ermöglichen.

Mit der Intubation als unterstützendes Verfahren der Tracheotomie befasste sich Verfasser schon in einem separaten Artikel; derzeit empfiehlt er diese Methode auf Grund von 70 solcherart ausgeführten Luftröhrenschnitten und gibt seiner Meinung Ausdruck, dass die Intubation auch dann, wenn sie sich in der Praxis nicht bewährt hätte und bloss diesen einen Nutzen hätte, noch immer verdienen würde, dass je Mehrere sich mit derselben befassen.

Ausser den vorgezählten Erkrankungen wendete Vortragender das O'Dwyer'sche Verfahren noch bei acuter Kehlkopfentzündung, Kehlkopfoedem, Stimmritzenkrampf, Keuchhusten, multiplen Kehlkopfpapillomen und durch Bronchialdrüsen-Tuberculose entstandener Stenose der oberen Luftwege an, ohne sich jedoch wegen mangelhafter Aufzeichnungen in diesem Vortrage auf diese Fälle zu erstrecken.

Zum Schlusse empfiehlt Vortragender, auf Beobachtungen gestützt, einen neueren Intubationsapparat von O'Dwyer zur Vornahme der forcirten künstlichen Athmung auf das Wärmste.

Sitzung am 21. August, Nachmittags.

Prof. **A. Johannessen**-Christiania: **Bemerkungen über das Vorkommen von Rachitis in Norwegen.**

Im Gegentheil zu dem, was von verschiedenen Seiten behauptet worden ist, scheint Rachitis in Norwegen nicht ganz unbedeutend verbreitet zu sein. Das erste Mal, wo die Krankheit erwähnt ist, ist im Jahre 1853 in den ärztlichen Berichten aus den südlichen Theilen des Landes. Später hat es sich gezeigt, dass sie über das ganze Land verbreitet ist. Sie kommt häufig vor in den grossen Fabrikdistricten und in den Städten, aber sie tritt auch in bedeutender Ausdehnung auf in den ebenen Gegenden im Innern des Landes und in den hoch gelegenen Thalstrecken, längs der Küste, an den «Fjorden» und in den nördlichsten Theilen des Landes bis hinauf zu dem 71. Breitegrad.

0,6 Proc. der sämmtlichen Todesfälle im Lande sind der Rachitis zu verdanken; es heisst, es sterben im Lande ungefähr ebenso Viele an Rachitis wie an Pyaemie oder an Ileus oder an organischen Gehirnkrankheiten.

Von den norwegischen Aerzten sind mehrere Ursachen der Krankheit angegeben, so z. B. eine schlechte und ungenügende Nahrung oder (wie im Jahre 1869) respiratorische Schädlichkeiten.

Um das Vorkommen der Krankheit in Christiania zu studiren, sind in den Jahren 1893—1896 in der pädiatrischen Universitätsklinik alle Kranken auf das Genaueste auf rachitische Symptome untersucht worden. Es hat sich ergeben, dass von 4108 Kranken 1313 = 32 Proc. rachitisch waren. Die Vertheilung auf die verschiedenen Alter war folgende:

	Gesammtzahl der Kranken	Rachitische	Proc.
0—½ Jahr . .	440	130	29,6
½—1 „ . .	460	295	66,1
1—2 „ . .	712	453	63,6
2—3 „ . .	448	171	38,2
3—4 „ . .	314	99	31,5
über 4 „ . .	1730	165	9,5

Am häufigsten wurden Knaben ergriffen. Von 2075 Knaben waren 36 Proc. und von 2033 Mädchen 27,8 Proc. rachitisch. Von 100 rachitischen Individuen waren 56,9 Proc. Knaben und 41,1 Proc. Mädchen. Die Vertheilung der Rachitisfälle auf die verschiedenen Monate war folgende:

Von sämmtlichen Kranken				
waren im	Januar . . .	24,2	Proc.	rachitisch,
„ „	Februar . . .	27,2	„	„
„ „	März	33,1	„	„
„ „	April	38,4	„	„
„ „	Mai	45,6	„	„
„ „	Juni	36,0	„	„
„ „	Juli	34,3	„	„
„ „	August . . .	31,4	„	„
„ „	September . .	29,8	„	„
„ „	October . . .	23,2	„	„
„ „	November . .	20,6	„	„
„ „	December . .	24,5	„	„

Es ist hierzu zu bemerken, dass sich sehr grosse Schwankungen geltend machen in Bezug auf das Vorkommen von Rachitis in denselben Monaten in den verschiedenen Jahren.

Von den 1313 rachitischen Patienten waren 963 = 73,3 Proc. an der Mutterbrust, 194 mit Kuhmilch ernährt, 29 hatten eine gemischte Nahrung bekommen. In 127 Fällen lag keine Aufklärung über die Ernährungsverhältnisse vor. In Bezug auf einzelne Symptome wurden Curven über die Gewichts- und Körperlänge nach Amosi, sowie über den Umfang des Kopfes und der Brust bei rachitischen und nichtrachitischen Kranken und bei gesunden Individuen vorgezeigt. Es geht aus diesen zahlreichen Wägungen und Messungen hervor, dass die rachitischen Individuen in Bezug auf das Gewicht bedeutend den anderen nachstehen. In Bezug auf Körperlänge und Umfang des Kopfes und der Brust dagegen nicht.

In 31,5 Proc. der Fälle kamen die ersten Zähne zum Durchbruch nach dem 9. Monat, in 68,5 Proc. vor diesem Monat, in 16,8 Proc. sogar vor dem 6. Monat, zuweilen wird jedoch das Durchbrechen der Zähne bis zu dem 25. Monat verzögert. Was den Anfang des Gehens betrifft, zeigte es sich, dass die Hauptmenge der rachitischen Patienten (72,6 Proc.) zwischen dem 12. bis 18. Monat zu gehen angefangen hat. 15 Proc. gingen schon vor dem 12. Monat und nur 12,3 Proc. haben später als im 18. Monat angefangen.

Die übrigen Symptome differiren nicht viel von dem, was sonst gefunden ist.

In 14 Fällen wurde Tetanie nachgewiesen, in 36 Laryngospasmus. Haemorrhagische Complicationen scheinen trotz genauer Nachforschungen nicht in Norwegen nachgewiesen zu sein.

Endlich wurde erwähnt, wie man im Volke in Norwegen die Krankheit mit verschiedenen Zaubermitteln behandelt. Unter Andern wurde erwähnt das Bleigiessen und die Amulette. Von einem solchen, die beinahe unmöglich zu bekommen sind, wurde ein Facsimile vorgelegt.

Endlich wurden mehrere mit Röntgenstrahlen aufgenommene Photographien von einem Fall von Chondrodystrophia foetalis hyperplastica (Kaufmann) vorgezeigt.

Discussion: Prof. Escherich-Graz hat bei einem 2½ Jahre alten, schwer rachitischen, sonst aber gesunden Knaben den Versuch gemacht, die Veränderungen des Knochenwachsthums unter dem Einfluss des Phosphorleberthrans zu studiren. Die durch Röntgenphotographie am Anfang und am Ende der 2monatlichen Beobachtungszeit fixirten Ossificationskerne der Handwurzelknochen zeigen, obgleich in diesem Zeitraum 7 Flaschen Phosphorleberthran verbraucht wurden, keine erkennbaren Veränderungen.

Dr. **Lange**-Leipzig: **Rachitis in Sachsen und Methodik der Sammelforschung.**

Das Königreich Sachsen bietet für eine Sammelforschung über geographische Verbreitung der Rachitis sehr günstige Verhältnisse, da sehr verschiedene geographische, sowie sociale und wirthschaftliche Abstufungen vertreten sind. Rachitis ist überall vorhanden. Die Frequenz ihres Auftretens scheint aber doch stark zu differiren. Die Angaben der einzelnen Einsender von Fragebogen schwanken zwischen 2 Proc. und 90 Proc. in den zwei ersten Lebensjahren. Eine Abhängigkeit von irgend welchen geographischen Verhältnissen oder von besonderer Häufung der Rachitis in grossen Städten ist nicht direct nachzuweisen, doch soll die Sammelforschung weiter geführt werden. — Redner bespricht sodann die Methode der Sammelforschung und deren nur sehr relative Zuverlässigkeit. Die Anschauung über das, was wir Rachitis nennen, ist beim praktischen Arzte lange noch nicht geklärt. Daher zum Theil die Differenz der Angaben aus gleichen Orten. Wo beginnt überhaupt die Rachitis und wo hört das Normale auf? Ferner ist nothwendig eine einheitliche Beurtheilung des Einzelfalles und einheitliche Untersuchungsmethode. In Ländern mit durchgeführtem Impfzwange dürften die Impflinge ein relativ gutes Material abgeben, da alle Kinder der ersten zwei Lebensjahre dem Arzte zugeführt werden. Sonst könnte man die Schulkinder des ersten Schuljahres auf residuale Rachitis untersuchen, wobei die Zahl allerdings nur für die schwereren Fälle Bedeutung hätte. Jedenfalls ist eine einheitliche Fragestellung und methodische Untersuchung nach einheitlichen Principien für eine ergiebigere Enquête über geographische Verbreitung der Rachitis unbedingt nothwendig.

Dr. **Tobeitz**-Graz: **Polymorphie und Differentialdiagnose der Rubeola.**

Dr. Tobeitz skizzirt, nachdem er auf die Wichtigkeit einer möglichst strengen Trennung der Rubeola von den Masern und der Scarlatina hingewiesen, die Symptomatologie und Differentiadiagnose der Rubeola, wie sie gewöhnlich verläuft; bespricht dann zur Beleuchtung der grossen Variabilität der Rubeola-Epidemien die im Jahre 1886 in Graz beobachteten, von Tschamer als «örtliche Rötheln» beschriebenen und noch zu Beginn der diesjährigen Epidemie vorgekommenen Fälle, welche sich hauptsächlich durch die längere Dauer und den in allen Fällen symptomanen Verlauf vor der gewöhnlichen Form auszeichneten. Nachdem der Vortragende die für die Identität der beiden Formen sprechenden Momente hervorgehoben, gibt er seiner Meinung Ausdruck, dass die besprochene Form der Rubeola wahrscheinlich durch zeitliche, örtliche oder individuelle, die Biologie der pathogenen Mikroorganismen beeinflussende Momente erzeugt wird. Zum Schlusse weist Tobeitz durch Anführung unzweideutiger differentialdiagnostischer Momente der örtlichen Rubeola und des Erythema multiforme, toxicum und urticans die Unrichtigkeit der Ansicht des Referenten der Tschamer'schen Arbeit, H. Schmidt, nach, der die von demselben beschriebenen Fälle für Erythema multiforme erklärt hatte.

Discussion: Escherich erwähnt, Fälle von Rubeola heuer im Spitale in Graz beobachtet zu haben, die einem Erythema sehr ähnlich waren, deren Contagiosität er anzweifelt, da andere benachbarte Kranke von ihnen nicht inficirt wurden.

Tobeitz betont, dass er die Contagiosität in Schule und Familie nachweisen konnte, und meint, dass Escherich's Beobachtung wohl für eine geringe Disposition, nicht aber gegen die Contagiosität spricht.

Sitzung am 23. August 1897.

Résultats du traitement par le sérum de la diphthérie et d'autres maladies.

1. Prof. **Monti**-Wien: Es ist bewiesen, dass Statistiken, die auf einer grossen Reihe von Zahlen fussen, den Nachweis liefern können, dass die Heilserumtherapie eine Abnahme der Diphtheriemortalität bedingt. Referent hatte unter 249 behandelten Fällen nur 42 = 17 Proc. Sterbefälle.

Allein solche Ergebnisse wechseln, je nachdem verschiedene Formen der Diphtherie in der Zahlenreihe überwiegen.

Nach dem Referenten gestaltet sich die Wirksamkeit des Serums nach den einzelnen Formen der Diphtherie sehr verschieden.

Unter den 249 mit Heilserum behandelten Fällen gehörten 140 der fibrinösen Form an, wobei 49 leichte, 36 mittelschwere waren und 55 mit Infection des Larynx und mehr oder weniger hochgradiger Larynxstenose als schwere bezeichnet werden mussten. Von diesen sind nur 8 = 5,7 Proc. gestorben. Nach Abzug der 4 Sterbefälle, die geraume Zeit nach der Diphtherie in Folge einer von der Diphtherie unabhängigen Erkrankung wie Darmkatarrh, Pneumonie etc. eintraten, stellt sich die Mortalität auf 2,7 Proc.

Besonders günstig wird durch das Serum der Verlauf der Larynxinfection beeinflusst, so dass unter Anwendung desselben die schwersten Larynxstenosen ohne chirurgische Hilfe zurückgehen. Referent hatte die Intubation und Tracheotomie nur bei solchen Fällen vorzunehmen Gelegenheit, welche erst nach mehrtägigem Bestande der Krankheit in Behandlung kamen und auch die Erfolge dieser chirurgischen Eingriffe waren unter Einwirkung des Serums viel günstiger als in der Zeit vor der Serumtherapie.

Durch die Serumtherapie wurden auch die Folgezustände der Diphtherie viel seltener. Referent hatte unter 140 Fällen von fibrinöser Diphtherie nur 13 Fälle von Lähmungen und 10 von Albuminurie.

Referent konnte bei diesen Fällen des Weiteren, wenn genügende Serummengen angewendet wurden, eine günstige Beeinflussung sämmtlicher Erscheinungen der Diphtherie beobachten und zwar ein rasches Sinken der Temperatur, schnelle Lösung der Membranen, Besserung des Allgemeinbefindens und so eine wesentliche Abkürzung der Krankheitsdauer.

Weniger günstig sind die Ergebnisse der Heilserumbehandlung bei der phlegmonösen oder Mischform der Diphtherie. Von 88 behandelten Fällen dieser Form (wovon 12 leichte, 45 mittelschwere und 31 schwere waren) sind 17 = 19,2 Proc. gestorben. Allerdings sind die Resultate noch immer besser als die beiden früheren Methoden, bei welchen Referent eine Mortalität zwischen 25 und 40 Proc. beobachtet hat.

Auch gelingt es bei der Mischform der Serumtherapie viel seltener, Infectionen des Kehlkopfes zum Stillstand zu bringen und ist daher chirurgische Hilfe viel häufiger nothwendig als bei der fibrinösen Form; auch sind deren Heilresultate ungünstiger. Bei den bei dieser Form Intubirten hatte Referent eine Mortalität von 33 Proc. gegenüber 12 Proc. bei der fibrinösen Form.

Ebenso vermag das Serum bei der Mischform die Häufigkeit der Folgezustände der Diphtherie nicht in gleichem Maasse zu beeinflussen, wie bei der fibrinösen Form. Referent hatte unter den 88 Fällen 13 Lähmungen, 12 Fälle von Albuminurie, 22 Fälle, wo Lähmungen und Albuminurie gleichzeitig auftraten, 3 Fälle von Drüsenvereiterungen und 2 Fälle von septischer Pneumonie.

Die Krankheitsdauer ist bei dieser Form der Diphtherie trotz Serumbehandlung immer eine längere, und je später die Fälle in Behandlung kommen, desto geringer sind die Resultate der Serumtherapie. Referent ist der Ansicht, dass auch bei der Mischform eine Verminderung der Mortalität durch das Heilserum zu erzielen ist, allein dieselbe wird doch höher bleiben als bei der fibrinösen Form.

Am ungünstigten sind die Ergebnisse der Heilserumtherapie bei der septischen Form der Diphtherie. Von 21 hierhergehörigen Fällen sind 16 = 76 Proc. gestorben.

Bezüglich des Werthes des Serums zu Immunisirungszwecken stimmt Referent mit der allgemein angenommenen Ansicht überein, dass die Schutzkraft des Serums nur 5—6 Wochen dauert, und hält dafür, dass, um die Immunität sicher zu erreichen, im Minimum 500—600 Antitoxineinheiten anzuwenden seien. Ueble Folgen wurden nach der Immunisirung nie beobachtet.

Auf Grundlage seiner physiologischen Experimente mit sterilisirtem Pferdeserum ist Referent der Ansicht, dass die bei der Serumtherapie auftretenden üblen Zufälle nur durch die Aufnahme von Eiweissstoffen in das Blut oder in die Gewebe bedingt seien. Das Antitoxin als solches ist unschädlich. Seitdem Referent nur hochwerthiges Heilserum verwendet, wobei also nur geringe Mengen Eiweissstoffe eingespritzt werden, haben die üblen Zufälle vollständig aufgehört. Referent schliesst mit der Ansicht, dass, um bei der Mischform und der septischen Form der Diphtherie grössere Erfolge zu erzielen, neue Studien nothwendig sind, um eben die Methode der Heilserumbehandlung an die complicirten Intoxicationsvorgänge der genannten Formen anzupassen.

2. Prof. **Rauchfuss**-Petersburg.

3. Dr. **Martin**-Genf berichtet über seine Beobachtungen am Genfer Kinderspital. Vor der Erfindung des Diphtherieheilserums betrug die Sterblichkeit während 10 Jahren durchschnittlich 33 Proc. Nach Einführung der Serumbehandlung wurden im Jahre 1895 unter 58 Diphtheriefällen, in welchen unzweifelhaft der Loeffler'sche Bacillus nachgewiesen werden konnte, 3 Todesfälle, im Jahre 1896 unter 65 Diphtheriefällen 9 Todesfälle, im Jahre 1897 unter 44 Diphtheriefällen 2 Todesfälle beobachtet. Im Ganzen endeten von 167 Diphtheriefällen seit Einführung der Serumbehandlung 14 Fälle letal. In 10 Fällen waren die Kinder in dem 3. Stadium der Krankheit eingeliefert. Von den tracheotomirten Kindern genasen im Jahre 1897 alle. 2 Todesfälle betrafen Kinder, welche am 7. resp. 8. Tage der Erkrankung eingeliefert waren und Angina ohne Croup hatten. Martin hatte Gelegenheit, im Jahre 1895 in einem Reconvalescentenheim die präventive Serotherapie an Kindern im Alter von 8 Monaten bis zu 3 Jahren anzuwenden. Ein Pflegling erkrankte an Diphtherie und wurde in's Krankenhaus geschafft, den übrigen 29 Kindern, welche in der Anstalt verblieben, wurde Serum injicirt, und die üblichen Desinfectionsmaassregeln angewandt. 2 später in die Anstalt eingelieferte Kinder, welche keine Injectionen bekommen hatten, wurden von der Diphtherie befallen, während die 29 Kinder, welche Seruminjectionen bekommen hatten, von der Krankheit verschont geblieben sind.

4. Prof. Axel **Johannessen**-Christiania gibt über die Ergebnisse der Serumtherapie in Norwegen ein kurzes Resumé. Durch ein Rescript vom 7. Januar 1895 sind die Aerzte aufgefordert, Berichte über die Ergebnisse der Behandlung mit dem Serum dem Regierungsdepartement zuzuschicken. Für das Jahr 1895 liegen solche Berichte vor. Von 71 Aerzten — wesentlich Landärzten — sind 1131 Individuen mit Serum behandelt. Von diesen starben 73, gleich 6,5 Proc., oder wenn man von den Personen absieht, die moribund eingespritzt wurden, 5,3 Proc., während das Mortalitätsprocent im Mittel für die Jahre 1867—1893 23,5 Proc. ausmacht. In dem Amte Süd-Throndhjem, wo die Mortalitätsziffer früher 22 Proc. ausmachte, ist die Mortalität auf 6,6 gesunken. In dem Epidemielazareth Ulwald in Christiania wurden im Jahre 1895 215 Schwerkranke mit Serum behandelt. Von diesen starben 9,9 Proc. — oder wenn man die, welche moribund eingespritzt wurden, abzieht, 7,5 Proc. Im Jahre 1894 war die Mortalitätsziffer 19,7 Proc. Von den Intubirten wurden secundär tracheotomirt 27,5 Proc., 1894 starben an Croup 74 Proc. In dem epidemischen Krankenhaus in Christiansund wurde ein Mortalitätsprocent von 6,4 gefunden.

5. Prof. **Heubner**-Berlin: Da der deutsche Referent abgehalten ist, zur Diphtheriefrage sich zu äussern, so will ich wenigstens nicht verfehlen, mitzutheilen, dass auch wir die gleichen Resultate dauernd fortbehalten haben, wie zur Zeit, als wir unsere Veröffentlichungen machten. Was wir damals schüchtern aussprachen, das ist nunmehr durch eine wohl genügend lange Erfahrung sorgfältig beobachtender Aerzte bestätigt. Von besonderem Interesse ist die Meinungsänderung der Herren Collegen vom Blegdamshospital in Kopenhagen. Die Immunisirungen aller Kinder gegen Diphtherie habe ich in meiner Klinik ununterbrochen fortgesetzt. Wir haben seitdem Hausinfectionen auf der Kinderklinik der Charité nicht mehr erlebt.

6. Prof. **Escherich**-Graz berichtet über Versuche zur Immunisirung der Kinder gegen Diphtherie. Er beabsichtigte dabei, die ausschliesslich geübte Methode des prophylaktischen Impfschutzes durch die schmerzhafte und insbesondere bei Kindern unangenehme subcutane Injection durch die Einführung des antitoxischen Serums auf dem Wege des Verdauungstractus zu ersetzen. Die Versuche wurden in der Weise angestellt, dass vor und nach Verabreichung des Serums das durch Venaesectio entnommene Blut quantitativ auf seine diphtheriegiftparalysirende Fähigkeit geprüft wurde. Es zeigte sich, dass trotz Verabreichung sehr grosser Dosen nur bei Säuglingen der ersten Lebensmonate eine geringfügige Steigerung derselben nachweisbar war, bei älteren Kindern dagegen ausblieb. In der Annahme, dass dies eine Folge der schädigenden Wirkung der Salzsäure des Magens sei, wurden die gleichen Mengen per Klysma verabreicht, ohne dass das Resultat ein anderes geworden wäre. Es findet also — wenigstens bei älteren Kindern — bei Einführung von Diphtherieantitoxin in den Darm ein Uebergang desselben in den grossen Kreislauf nicht statt — vielleicht ist es die Leber, welche den Uebertritt hindert. Eine Immunisirung per os ist also nur bei jungen Säuglingen möglich (Säugungsimmunität Ehrlich's) und kann bei dem durch Pflanz und Schmid nachgewiesenen Antitoxingehalte der Frauenmilch auch thatsächlich zu Stande kommen.

Die Mortalität an Diphtherie an der Grazer Kinderklinik ist unter dem Einflusse des Serums von 36 auf 9 Proc. gesunken. Ein erheblicher Procentsatz der moribund überbrachten oder unerwartet rasch verstorbenen Fälle wies Status lymphaticus auf.

Betreffs der Technik der Intubation bemerke ich, dass wir seit Langem die verschiebliche Hülse am O'Dwyer'schen Introductor weggelassen haben und den Mandrin fest am Introductor befestigen.

7. **Bayeux**-Paris: **Sur un nouveau signe clinique d'intervention chirurgicale dans le croup.**

Discussion: Tibiger-Kopenhagen, Wlajew-St. Petersburg, Przeborski-Lodz und Prof. Y. Denys-Louvain.

Combinirte Sitzung der Sectionen für Hygiene u Pädiatrie am 22. August.

Referent: Dr. Wolfheim-Berlin.

Einfluss der Schularbeiten auf die Gesundheit und die körperliche Entwickelung der Kinder.

1. Dr. **Pauli**-Lübeck: Vortragender gibt eine zusammenfassende kritische Uebersicht über das auf diesem Gebiete bisher Geleistete, sich ausschliesslich auf die Erkrankungen beschränkend, an denen die Schule direct Schuld hat. Nach kurzem geschichtlichen Rückblick, hervorhebend, dass die «Ueberbürdungsfrage der Schulkinder» eine sehr alte ist, da bereits im Mittelalter Klage hierüber geführt wird, bespricht er die Schulkrankheiten (Verkrümmungen der Wirbelsäule, Kurzsichtigkeit, Kreislaufsstörungen, sowie die durch Ueberbürdung hervorgerufenen Zustände) im Einzelnen und weist darauf hin, dass bei allen diesen Zuständen nicht immer mit Recht die Schule allein als Urheberin anzuklagen ist, sondern dass oft die im Elternhause betriebenen Nebenfächer (Klavierspielen, Nähen, Sticken, Malen, Brennen u. s. w.), die den Geist der jugendlichen Individuen ebenso anstrengen, wie die Schulstunden, an dem Entstehen dieser Erkrankungen mitschuldig sind. Es müssen daher zunächst auch die Eltern dringend auf diesen Punkt hingewiesen werden. Nun, es steht aber doch auch ebenso fest, dass an vielen Orten der unzweckmässige Lehrplan diese Schulkrankheiten mit verschuldet, besonders was Kurzsichtigkeit und die durch Ueberanstrengung hervorgerufenen Störungen (Blässe des Gesichts, Abmagerung, Müdigkeit, Appetitlosigkeit u. A. m.) betrifft. Gestreift wird die noch nicht ganz entschiedene Frage der Schriftlage (zu verwerfen ist die bisher übliche Schrägschrift bei schräger Rechtslage des Heftes); es wird auf die Thatsache hingewiesen, dass die Myopie in den Schulen steigt mit der Arbeitslast (1 Proc. in Dorfschulen, 10 Proc. in Mittelschulen, 28 Proc. auf Gymnasien), dass nach den Untersuchungen Bürgerstein's 1 Stunde für jüngere Kinder eine zu lange Unterrichtsdauer ist, sowie dass nach Stresbach und Friedrich eine zweistündige Mittagspause nicht genügt, um die durch den Vormittagsunterricht hervorgerufene Uebermüdung des Schülers zu beseitigen. Daher Erholungspausen von genügender Dauer zwischen den einzelnen Stunden, Verkürzung dieser selbst, Fortfall des Nachmittagsunterrichts!

Es wird mitgetheilt, dass im Lübecker Gymnasium («Katharineum») dies durchgeführt ist, indem hier die Lehrstunde seit 1883 auf 45 Minuten festgesetzt ist, mit vorausgehender Erholungspause von 10 Minuten; kein Nachmittagsunterricht.

Pflege des Turnens (auch dies erfordert meist geistige Anstrengung), Turnspiele an 1 oder 2 freien Nachmittagen, Leibesübungen jeder Art: Radfahren, Schwimmen, Schlittschuhlaufen). Ferien ohne Ferienaufgaben und dergleichen mehr sind unerlässlich,

Zur Durchführung aller einschlägigen Maassnahmen und Ueberwachung derselben ist anzustreben, dass jede Schule einem Schularzte unterstellt wird, welcher kein beamteter Arzt zu sein braucht. Ausserdem aber ist dringend zu empfehlen, dass die Lehrer in der Schulhygiene unterwiesen werden.

Vortragender schliesst mit den Worten Kräpelin's: Arzt und Schulmann werden zusammenzuwirken haben, der Eine, indem er die Schäden und ihre Ursachen aufdeckt und die Grundzüge einer körperlichen und geistigen Schulhygiene klarlegt, der Andere, indem er die allgemeinen Forderungen der Wissenschaft im Getriebe des Unterrichts verwirklicht und in erzieherische That umsetzt.

2. Dr. **Schmid-Monnard**-Halle a. S.: Die Ergebnisse von Dr. Schmid-Monnard beruhen auf mehrjähriger Beobachtung vieler tausend Kinder vor und während der Schulzeit. Die Kinder kommen in einer Zeit schwacher körperlicher Entwickelung (geringer Gewichts- und Längenzunahme) in die Schule. Die Gewichts-Längenzunahme beträgt in den ersten Schuljahren nur circa 1 kg bezw. 4½ cm gegenüber der vorher und später wesentlich bedeutenderen Jahreszunahme.

Im siebenten Lebensjahre nehmen Schulkinder um ¼ weniger zu an Gewicht und Länge wie gleichalterige Nichtschulkinder. Die Schwächeren unter den Schulkindern, namentlich die Mädchen, ver-

lieren in der Schule zunächst an Gewicht. Sonstige Einflüsse des Schulbesuches auf Gewichts- und Längenzunahme liessen sich nicht nachweisen. Die Gewichtszunahme der Schulkinder schwankt periodisch, abhängig von Einflüssen der Temperatur und Jahreszeit, unabhängig von den Schulferien. Dagegen tritt ein deutlicher Einfluss der Schule auf Entstehung chronischer Kränklichkeit und Häufigkeit acuter Krankheiten hervor.

Die acuten Krankheiten treten in den ersten Schuljahren am reichlichsten auf und durchschnittlich häufiger, hartnäckiger und leichter tödtlich bei Kindern unbemittelter Familien als bei Kindern vermögender Eltern. Auf die Häufigkeit der acuten Krankheiten hat die Schule insofern Einfluss, als bei gleichem Schülermaterial in alten Schulen mit mangelhafter hygienischer Beschaffenheit der Schulräume, namentlich mit Mangel an genügendem Luftraum und genügender Lüftung, die Zahl der Blutkranken sich um die Hälfte höher stellt. Es existiren noch Schulräume mit 1,1 cbm Luftraum pro Kopf und 3,8 Prom. durchschnittlicher Kohlensäure. Letztere steigt nicht selten bis 6 und 7 Prom. Im Gegensatz zu den acuten Krankheiten vermehren sich im Laufe der Schuljahre die chronischen Leiden, insbesondere Kopfweh und Nervosität, Schlaflosigkeit, Nasenbluten, mit der Dauer des Schulbesuches, mit der Häufigkeit freiwilliger Mehrarbeit, mit dem Vorhandensein des Nachmittagsunterrichtes und mit dem Mangel an freier Bewegung. Auf Mittelschulen ohne geistige Ueberarbeit scheinen normale Verhältnisse zu existiren.

Es verlassen mehr kränkliche Kinder die Mittelschulen als hineinkommen. Die Zahl der Kränklichen ist bei Mädchen höher als bei Knaben. Sie steigt bis 50 resp. 30 Proc. und sinkt ab zur Zeit der Pubertät. Dieses normale Absinken der Kränklichkeit fehlt auf sämmtlichen höheren Schulen. Auf höheren Mädchenschulen steigt die Kränklichkeit bis 60 Proc., wohl durch häusliche freiwillige Ueberarbeit (Musik bis 14 Stunden wöchentlich). An höheren Knabenschulen ohne Nachmittagsunterricht finden sich ca. 20 bis 25 Proc. Kränkliche, dagegen bei Nachmittagsunterricht doppelt soviel. An einer höheren Knabenschule mit besonders ungünstigen Arbeitsverhältnissen stieg die Zahl der Kränklichen, besonders der Nervösen, noch über die entsprechende Ziffer der höheren Töchterschulen.

Es scheint nicht sowohl die Menge der Arbeit schädlich zu sein, als vielmehr die Art und Weise, in welcher die Last auf den Tag vertheilt ist; da, wo zu Bewegungsspielen Zeit blieb, sank die Kränklichkeit. Man glaube aber nicht, dass man durch vieles Lehren gelehrte und tüchtige Menschen erziehen wolle. Damit erzielt man nur Nervöse und eventuell Vielwisser. Verständniss und gute Leistung kann man im Allgemeinen nur von einem nicht überlasteten Gehirn erwarten. Der Beweis dafür, dass es die Menge des Unterrichts nicht thut, ist in Schweden erbracht worden, wo man Schulclassen mit 20 und solche mit 30 Stunden eingerichtet und bei ersteren bessere Erfolge als bei letzteren erzielt hat.

Es ist durch diese Beobachtungen die oft geleugnete Thatsache festgelegt worden, dass eine objective Ueberbürdung auf manchen unserer höherer Schulen noch besteht; Hand in Hand mit derselben findet sich eine besorgnisserregende Zahl kränklicher Schüler. Es ist an der Zeit, sich diesen Thatsachen nicht länger zu verschliessen, sondern die entsprechenden Verhältnisse im Interesse der Erhaltung unserer Volkskraft rasch und gründlich umzugestalten. Solange indess nur der Pädagog und nicht der Arzt gehört wird, ist keine Aussicht auf Besserung.

3. Dr. **Wirenius**-St. Petersburg: **Die Uebermüdung der Schulkinder** ist abhängig 1) von den äusseren Einrichtungen der Schule; 2) von schwachem Körperbau und Gesundheitszustand der Kinder; 3) von dem deprimirenden Regime der Schulen und 4) von dem Missverhältniss zwischen der Arbeit und den Kräften und Fähigkeiten der Kinder. Die ersten 3 Ursachen üben nur einen indirecten Einfluss aus, während durch die 4. unmittelbar Uebermüdung hervorgerufen wird. Für diese Behauptung spricht einerseits die moderne anthropobiologische Kritik des gegenwärtigen pädagogischen Systems, andererseits der Charakter der pathologischen Erscheinungen bei den Kindern. Die Mängel des gegenwärtig herrschenden pädagogischen Systems sind folgende: 1) Mangel einer harmonischen Erziehung (Ueberwiegen der geistigen Thätigkeit); 2) Vernachlässigung der Uebung der Organe des peripherischen Nervensystems; 3) Vernachlässigung der Emotions- und Willensäusserung des psychischen Lebens der Kinder; 4) Mangel eines strengen Lehrsystems; 5) Missverhältniss zwischen dem Lehrprogramm und den durchschnittlichen Fähigkeiten der Kinder; 6) zu viel Unterrichtsstunden und unrichtige Vertheilung derselben.

4. Prof. **Baranowski**-Lemberg: Die heutige physische Erziehung der Jugend im Allgemeinen, namentlich aber die der Schuljugend, ist in hohem Grade vernachlässigt. Dies ersieht man aus der so allgemein verbreiteten Anaemie, Nervosität des sogenannten intelligenten Theiles des Menschengeschlechts.

Aus diesem Grunde muss im Interesse des allgemeinen Wohls des Menschengeschlechts die physische Erziehung der Jugend, namentlich aber der Schuljugend, nach einem wohl durchdachten, auf den Grundsätzen der Physiologie und Hygiene sich basirenden System organisirt werden.

Der Hauptfehler der heutigen Erziehung der Schuljugend liegt darin, dass nur die geistigen Kräfte derselben einseitig, zu rasch und zu forcirt entwickelt und gebildet werden, was schon an und für sich auf den leiblichen Organismus ungünstig einwirkt.

Die Hauptaufgabe der rationellen physischen Erziehung wird somit darin bestehen, das Gleichgewicht in der Anstrengung und Uebung sowohl der leiblichen als der geistigen Kräfte zu finden.

In der Wahl und Festsetzung des Systems der physischen Erziehung sind folgende Leitpunkte in Betracht zu ziehen: 1. dass die Ueberanstrengung der leiblichen Kräfte ebenso nachtheilig ist, wie die Ueberanstrengung der geistigen Kräfte; dass somit der geistigen Arbeit der Schuljugend das entsprechende Quantum der leiblichen Arbeit gegenübergestellt werden muss; es müssen jedoch sowohl der geistigen als der leiblichen Arbeit der Schuljugend gewisse Grenzen angewiesen werden, welche nicht überschritten werden dürfen. Diese Grenzen sollen dem Alter und der individuellen physischen und psychischen Entwickelung eines jeden Individuums angepasst werden.

Die gegenwärtige Schule, und zwar sowohl die Volksschule als die Mittelschule, ist bis jetzt in allen Staaten Europas einseitig, denn sie entwickelt bloss den Geist und nimmt denselben bei Weitem mehr als den Leib in Anspruch. Es ist daher Pflicht der Aerzte, Hygieniker und Pädagogen, die Einseitigkeit des heutigen Schulsystems zu bekämpfen und die Erzielung des Gleichgewichts zwischen der physischen und psychischen Erziehung anzustreben. Dieses kann geschehen: 1. durch die Revision und nöthigenfalls Reduction der Schulprogramme sowohl in quantitativer als auch qualitativer Beziehung; 2. durch die Einführung des obligatorischen Turnunterrichts in Schulen jeder Art; 3. durch die Einführung der obligatorischen Spiele der Schuljugend im Freien; 4. durch die Einführung obligatorischer Ausflüge (Märsche) der Schuljugend; 5. durch die Einführung obligatorischer Bäder; 6. durch die Errichtung von Sanatorien für anormale Kinder, sowie von Feriencolonien für schwache und anaemische Kinder. Die 14. Section des XII. internationalen medicinischen Congresses beschliesst daher Folgendes:

1. Die Lehrpläne der Schulen aller Art sollen ihrem Inhalte und Umfange nach revidirt und nach Bedarf reducirt werden, und zwar so, dass die geistige Ueberbürdung der Schuljugend unmöglich gemacht werde.

2. In allen Schulen soll der obligatorische Turnunterricht, dreimal in der Woche, eingeführt werden, daher die Schulen mit Turnsälen und Sommerturnplätzen ausgestattet werden; im Sommer soll im Freien geturnt werden.

3. Es sollen auch in Schulen obligatorische Bewegungs- und Turnspiele — zweimal in der Woche — eingeführt werden (im Winter Schlittschuhlaufen); zu diesem Zwecke muss jede Schule einen Spielplatz besitzen, in grösseren Städten aber sollen mehrere von der inneren Stadt nicht entlegene Spielplätze errichtet werden.

4. Es sollen auch für die Schuljugend ständige obligatorische Ausflüge (Märsche) — einmal in der Woche — sowohl im Sommer als im Winter eingeführt werden. — Alle diese physischen Uebungen (sub 2, 3 und 4) müssen in der Woche gleichmässig vertheilt werden, so zwar, dass auf jeden Tag neben geistiger Arbeit leibliche Uebungen entfallen.

5. Obligatorische Bäder (Douchebäder, wenn möglich auch Flussbäder) sind für die Schuljugend unbedingt nothwendig. Wo möglich, soll auch der Schwimmunterricht ertheilt werden. Desshalb müssen in grösseren Schulgebäuden Douchebäder eingerichtet werden, falls dies aber unmöglich wäre, soll die Benutzung der öffentlichen Badeanstalten durch die Schuljugend zugesichert werden.

6. An allen Lehr- und Erziehungsanstalten sollen fachlich ausgebildete Lehrer angestellt werden, deren Obhut der Turnunterricht, die leiblichen Uebungen, die Leitung der Bewegungsspiele, überhaupt die physische Erziehung der Jugend anvertraut werden könnten. Nebenbei sollen sich alle Lehr- und Erziehungsanstalten unter ständiger ärztlicher Aufsicht befinden.

7. Auch für die Handwerker-, Gewerbe- und Handelslehrlinge soll der Turnunterricht, sowie andere leibliche Uebungen (Bewegungsspiele) angemessener Art zugesichert werden.

8. Die physische Erziehung der Jugend von schwächlicher oder anormaler Constitution soll unter ärztlicher Leitung stattfinden.

9. Für schwächliche, kränkliche und anaemische Kinder sollen hygienische und Heil-Feriencolonien in Gebirgsgegenden, an klimatischen Orten und am Meeresstrande errichtet werden.

Physische Erziehung der Jugend. Auf welche Weise sollte die physische Erziehung und die körperlichen Uebungen der Jugend organisirt werden?

1. Prof. **Palmberg**-Helsingfors: 1. Die immer grösseren Ansprüche an die intellectuelle Arbeit der Schulkinder erfordern mit Nothwendigkeit als Gegengewicht eine nebenher gehende, zweckmässige physische Erziehung.

2. Die physische Erziehung der Schulkinder soll nicht bloss der geistigen und körperlichen Ueberbürdung entgegen zu wirken, sondern auch den Körper zu stärken und dessen normale und harmonische Entwicklung zu befördern zum Ziele haben.

3. Die Hauptmittel, diesen Zweck zu erreichen, sind:
   a) Bewegungen und Spiele im Freien.
   b) Gymnastik.

4. Hauptzweck der Kategorie a ist, die durch das Sitzen in der Schule hervorgerufene geistige und körperliche Müdigkeit zu neutralisiren; die Uebungen sollen zwischen den Schulstunden angeordnet werden.

Die Gymnastik, vorzugsweise geeignet den Körper zu stärken und dessen harmonische Entwicklung zu befördern, soll in den Unterrichtsplan eingeordnet und gleichwerthig mit den übrigen Lectionen gestellt werden.

5. Die Gymnastik nimmt sowohl die Muskel- wie die Gehirnthätigkeit in Anspruch und darf desshalb überhaupt nicht als eine Recreation von dem geistigen Unterrichte, sondern als ein factischer Theil der Schularbeit angesehen werden. Extra-Stunden dürfen dazu nicht bestimmt werden.

6. In Bezug auf den verschiedenen Körperzustand und Kräfte der Schulkinder soll die Gymnastik in gewissem Grade individualisirt werden durch Gruppiren der Kinder in stärkere und schwächere, mit weniger anstrengenden Uebungen und längeren Ruhezeiten für die schwächeren.

7. Kinder mit so schwacher Gesundheit, dass sie keinerlei schulgymnastische Uebungen vertragen, müssen auch von den übrigen Lectionen abgehalten werden, bis ihr Zustand gebessert ist.

8. Die physische Erziehung, als Gegengewicht gegen die geistige, soll wie die letztere täglich und stündlich stattfinden; die Lectionen sollen stündlich durch freie Bewegungen unterbrochen und die Gymnastik täglich geübt werden.

Geordnete Spiele im Freien können bei passender Witterung mit der Gymnastik abwechseln.

9. Die pädagogische Gymnastik soll von competenten Lehrern geleitet werden. Die Uebungen sollen womöglich im Freien, sonst in dazu geeigneten, geräumigen, staubfreien und gut ventilirten Sälen vor sich gehen.

2. Mme. Dr. **Winogradowa-Lukirskaja**-Moskau betont die Nothwendigkeit der Einführung der physischen Erziehung als Lehrgegenstand in gleicher Reihe und zwischen den übrigen Disciplinen. Die Gymnastik hält die Vortragende für Mädchenschulen nicht für nothwendig, alle Uebungen an Geräthen können ohne Schaden für die körperliche Entwickelung der Mädchen fortgelassen werden, statt dessen sollen Ballspiel und andere Bewegungsspiele eingeführt werden. Die physischen Uebungen können wie folgt eingetheilt werden: 1) Gymnastik als Vorbereitung für die Bewegungsspiele (Gehen, Laufen, Springen), 2) Spiele, 3) Gesang, 4) Tanzen, Schlittschuhlaufen, Schwimmen, Rudern. Für diese Uebungen müsste in jeder Schule eine passende Localität (im Sommer im Freien) vorhanden sein. Die Turnlehrer müssen mit den verschiedenen Systemen der physischen Erziehung vertraut sein. Schliesslich wäre es wünschenswerth, wenn die Leibesübungen unter Aufsicht der Schulärzte ausgeführt werden könnten.

Dr. **A. Menella**-Rom: **Ueber Radfahren.**

Menella ist Gegner des Radfahrens in der Gestalt, wie es jetzt getrieben wird. Es kann in sehr vielen Fällen Schaden für die Gesundheit bringen, und der Arzt sollte Niemanden erlauben zu radeln, der nicht vollkommen gesund ist. Sehr gefährlich ist diese Bewegungsart für Leute, die zu Lungen-, Herz- oder Blasenleiden neigen. Ebenso schädlich ist das Radfahren auch für alte Leute, während vom medicinischen Standpunkte keine Veranlassung vorliegt, den Frauen das Radeln zu untersagen. Die Schädlichkeit des Radfahrens besteht in der raschen Abkühlung des durch das Fahren erhitzten und in Schweiss gerathenen Körpers und in der gebeugten Stellung, durch welche eine ausgiebige Lungenventilation beeinträchtigt wird.

An der Discussion betheiligten sich die Herren Carradec-Brest, Dr. Madeuf, Prof. Baginsky-Berlin, Karel Chudowa und Dr. Schmid-Monnard-Halle a. S.

Dr. **Russkich**-Jekaterinburg: **Der Kampf gegen die Kindersterblichkeit.**

Wenn auch gegenwärtig noch die Sterblichkeit der Kinder als ein Fatum angesehen wird, gegen welches wir machtlos sind, so muss doch, da diese Sterblichkeit sich thatsächlich bedeutend herabdrücken lässt, der Kampf nicht nur von ärztlicher Seite geführt werden, sondern die ganze Bevölkerung sollte sich daran betheiligen, ganz besonders aber die Frauen. Zur Organisation dieses Kampfes ist, unabhängig von den in den einzelnen Ländern getroffenen Maassregeln die Gründung eines internationalen Vereins sehr wünschenswerth, welcher die Aufgabe hätte, das wissenschaftliche Material aus allen Ländern zu sammeln und zu ordnen und über Maassnahmen zu berathen, deren Einführung in den einzelnen Ländern die Sterblichkeit der Kinder verringern könnte. Dieser Verein müsste in jedem Lande Zweigniederlassungen haben, um durch seine Mitglieder für die Durchführung derjenigen Maassnahmen zu wirken, welche Wissenschaft und Erfahrung uns bieten. Die Mitglieder hätten die Aufgabe, in den Kreisen der ärmeren Eltern die zur physischen Erziehung der Kinder nothwendigen Kenntnisse zu verbreiten, und nothleidenden Müttern die Mittel zu einer rationellen Pflege und Ernährung der Kinder zu liefern. Russkich schlägt die Wahl einer Commission vor und befürwortet die Gründung einer die Ziele des Vereins und den Gedankenaustausch den Anhängern des Projects fördernden Zeitschrift.

Wiener Briefe.

(Originalbericht.)

Wien, 18. September 1897.

† Prof. v. Hofmann. — Die Epidemiekosten pro 1896. — Schädliche Weinlaubblätter. — Professoren-Söhne.

Ein hervorragender Jurist that vor Jahren den gewagten Ausspruch, es existire bisnun keine einzige, Aufsehen erregende Processaffaire, in welcher sich nicht ein Mediciner (Gerichts- oder Irrenarzt) — — blamirt habe. Ohne an dieser Stelle die Richtigkeit dieser, wohl standesfeindlichen Sentenz überprüfen zu wollen, müssen wir es andererseits besonders hervorheben, dass alle Welt, zumal die medicinischen Kreise, mit Beruhigung der Entwicklung der Dinge entgegensahen, wenn eine geheimnissvolle Mordthat die Oeffentlichkeit gewaltig erregt hatte und wenn sich nach Wochen oder Monaten die peinvolle Gerichtsverhandlung abspielte — sobald man erfuhr, dass der jüngst verschiedene Professor der gerichtlichen Medicin in Wien, Dr. E. v. Hofmann, bei derselben als Gerichtsarzt functionire. Die Gutachten, welche dieser ebenso vielerfahrene als gründliche Gerichtsarzt erstattete, waren klar, scharfsinnig und überzeugend abgefasst, sie besagten bloss, was sich an der Hand des objectiven Befundes direct erschliessen liess, ohne weiter zu theoresiren und entfernter liegende Möglichkeiten zu erörtern. Selbstverständlich wurde dem Richter und den Geschworenen die Art der Waffe nach der Art der Verletzung exact dargethan, desgleichen die Art des Angriffes, wo der erste Hieb oder Schlag sass (Menge des Blutaustrittes etc.), welche Verletzungen schon in der Agone des Opfers erfolgten u. dgl. m. Wo die frühere Erfahrung im Stiche liess, da stellte v. Hofmann sofort an der Leiche neue Experimente an, so dass das Fach selbst im Verlaufe der Jahre durch v. Hofmann wesentlich bereichert wurde.

22 Jahre lang wirkte v. Hofmann in Wien auch als academischer Lehrer und hat auch als solcher durch seinen schmucklosen, aber gediegenen Vortrag seine zahlreichen Schüler überaus befriedigt. Die Wiener medicinische Schule erleidet mithin durch das Ableben dieses ausgezeichneten Lehrers ebenfalls eine grosse Einbusse.

Das Sanitätsdepartement des k. k. Ministeriums des Innern veröffentlicht die Ziffern der Auslagen des Staatsschatzes für Maassnahmen gegen Infectionskrankheiten im Jahre 1896. Diese Epidemiekosten — um mich kurz und schlecht auszudrücken, da ja auch zum Zwecke der Abwehr in noch nicht inficirten Provinzen oft grössere Auslagen erwuchsen — waren also im Vorjahre wesentlich niedriger als im Jahre 1895. Deren Gesammtsumme betrug aber immerhin noch circa 300,000 fl.

Der Aufwand für Maassnahmen gegen einzelne Infectionskrankheiten (z. B. gegen Scharlach und Typhus) stieg an, die Gesammtsumme sank aber, weil man 1896 schon viel weniger gegen die Cholera vorzukehren brauchte. Die Berechnung der Epidemiekosten zur Einwohnerzahl ergab für das Jahr 1896 nur 1,17 kr. pro Kopf, während dieselbe Ziffer im Jahre 1895 noch 1,68 kr. pro Kopf der Bevölkerung betragen hatte.

Schon im Vorjahre hat unser Ministerium des Innern in allen österreichischen Provinzen Erhebungen darüber pflegen lassen, inwiefern die Blätter des Weinstockes, welche behufs Bekämpfung der Peronospora mit Kupfersalzlösungen besprengt wurden, Erkrankungen in der Weise herbeigeführt haben, dass diese Blätter zur Einhüllung von Nahrungs- oder Genussmitteln (Butter, Käse, Obst etc.) verwendet, oder direct an Thiere verfüttert wurden. Namentlich seien Säuglinge, welche die Milch von Kühen bekamen, die solches Laub als Futter erhalten hatten, an heftigen Diarrhoen erkrankt. Unterhalb der Weinreben waren (was aus der Umgegend von Neapel gemeldet wurde) grüne Bohnen angepflanzt, welche beim Besprengen des Weinlaubes mit Kupferlösungen durch die herabtropfende Flüssigkeit verunreinigt wurden. Der Genuss dieser Bohnen soll bei Kindern acute Magen-Darmkatarrhe mit blutigen Stühlen herbeigeführt haben.

Da sich nun die bezüglichen Meldungen von angeblichen Erkrankungen in Folge Genusses solchen Weinlaubes auch heuer wiederholten, so wurde vorerst im pathologisch-chemischen Institute der Wiener Universität Untersuchungen angestellt, welche ergaben: 1. Milch nach Verfütterung von Weinlaub, das mit Kupfervitriol

besprengt war, enthält eine eben noch erkennbare Spur von Kupfer. 2. Milch nach Verfütterung von reinem Weinlaub, war frei von Kupfer.

Aus den einzelnen Verwaltungsgebieten unseres Reiches langten Berichte ein, welche recht verschieden lauteten. Oft kehrt die Angabe wieder, dass derlei Weinlaub selten oder gar nicht als Viehfutter benützt wurde. Einmal (Böhmen) sollen Gänse mit Unkraut gefüttert worden sein, welches mit solcher Kupferlösung benetzt wurde, wornach alle Gänse zu Grunde gingen. In einigen Gemeinden Niederösterreichs und Krains wurde nach diarrhoischen Erkrankungen von Säuglingen als Ursache die Milch von Kühen eruirt, welche mit solchem kupferhaltigen Laub gefüttert worden waren, während andere Gemeinden (Tirol und Vorarlberg) einen solchen schädlichen Einfluss auf Säuglinge nicht constatirt haben. Die Bezirkshauptmannschaft Bozen hebt hervor, dass allerdings in der Zeit, in welcher die Fütterung der Kühe mit Weinlaub beginnt und die sogenannten Sommerdiarrhöen der Kinder auch dort, wo kein Weinlaub an Kühe verfüttert wird, aufzutreten beginnen, die Erkrankungen der Säuglinge häufiger werden.

Die landwirthschaftliche Genossenschaft des Bezirkes Bozen constatirt, dass erfahrungsgemäss die Fütterung der Kühe mit frischem Weinlaub an sich die Kuhmilch und durch diese die Gesundheit der Säuglinge ungünstig beeinflusse. Dasselbe Gutachten gibt die Direction der landwirthschaftlichen Landesanstalt in St. Michele ab. Schon lange vor der Verwendung von Kupfersalzen zur Besprengung des Weinlaubes wurde über die schädliche Einwirkung der Reblaubfütterung auf die Milch geklagt und aus alter Erfahrung sei das häufige Auftreten von Durchfall bei Kindern, welche die Milch von solchen Thieren erhielten, bekannt. Als wahrscheinliche Ursache wird der reiche Gehalt an Pflanzensäure im Reblaube bezeichnet. — In derselben Anstalt wurden schliesslich experimentelle Versuche in der Weise angestellt, dass einer Kuh pro Tag bis 8 g Kupfervitriol durch längere Zeit einverleibt wurde. Trotz dieser kolossalen Quantität konnte in einem Liter Milch dieser Kuh nur 0,003 mg Kupfer nachgewiesen werden. Das spricht keineswegs für einen schädlichen Einfluss der mit Kupfersalzen (2—3 mal jährlich während der Vegetationsperiode) besprengten Weinlaubblätter, es wird noch fernerhin die Aufmerksamkeit der Behörden auf diese Sache zu lenken sein.

Die Professoren-Söhne und -Schwiegersöhne bilden seit Jahrzehnten einen heiklen Punkt bei der Besetzung von Assistentenstellen, Ertheilung von Docenturen etc. Das ist wohl so an allen Universitäten der Welt. Und wenn der betreffende Sohn auch noch so begabt wäre, so haftet doch stets auf ihm der stille Vorwurf, dass er es lediglich der Protection zu danken habe, dass er diese oder jene Stelle erlangt habe. Man kann aber leider Gottes nicht sagen, dass sie stets die fähigsten und fleissigsten unter den Bewerbern gewesen seien. Aber: «Es schattet auch dem Enkel das gepflanzte Reis!» Darum ist es natürlich, dass jeder Vater seinen Einfluss und seine Verbindungen vorerst dazu benützt, seine eigenen Kinder zu versorgen. Wie aber jüngst die Zeitungen meldeten, sollen Ministerium und Statthalterei die Bestätigung von Assistenten-Ernennungen, wenn diese am Institut der Väter der betreffenden Candidaten erfolgen sollen, abgelehnt haben. Das ist wohl wenig, immerhin aber doch etwas. Es wird also der «geehrte Herr Collega» die Güte haben, den Sohn des «Collegen» als Assistenten vorzuschlagen. Das macht schon weniger böses Blut. In der Bibel heisst es: «Du sollst das Zicklein nicht in der Milch seiner Mutter kochen!» Auch gut; es gibt ja noch so viel andere Milch, in welcher das Zicklein gekocht werden kann, nachdem es ja sein Geschick ist, dass es in Milch gekocht werden soll. Kinder anderer Thiere werden aber gemeinhin nicht in Milch, sondern in Wasser gekocht!

Londoner Briefe.

In dem Lande, in welchem die Grundlage zu der heute allgemein verbreiteten Schutzimpfung gegen Pocken gelegt wurde, besteht noch immer keine obligatorische Impfung; im Gegentheil, die Zahl der niemals Geimpften ist eine sehr beträchtliche. Selbst in der medicinischen Profession streitet man sich noch immer über den prophylaktischen Werth der Impfung; manche Aerzte gehen sogar so weit, dieselbe als a filthy and useless rite — einen schmutzigen und unnützen Brauch — zu bezeichnen. Natürlich trägt eine derartige Auffassung in Aerztekreisen nicht dazu bei, das Publicum von der Nothwendigkeit der Schutzimpfung zu überzeugen. Vielleicht wirken in dieser Hinsicht die von Zeit zu Zeit in England auftretenden Pockenepidemien überzeugender, in denen oft einige Tausend Personen plötzlich von dieser schweren Krankheit befallen werden. In der vor Kurzem in Gloucester grassirenden Epidemie mit circa 2000 Erkrankungsfällen starben 21,9 Proc. der Befallenen. Sofortige Impfung aller Befallenen und der ganzen Umgebung brachte die Epidemie zum Verschwinden. Vor einigen Monaten hat die königliche Impfcommission ihren Rapport veröffentlicht, welcher die Impfstatistik in den letzten 7 Jahren mit den für und gegen die obligatorische Einführung derselben laut gewordenen Stimmen enthält. Namentlich die letzteren sind besonders hervorgehoben, doch tritt der bei Weitem grössere Theil der Aerzte natürlich für dieselbe ein. Bis zur definitiven Erledigung dieser Fragen werden wir deutsche Aerzte hier wohl noch oft Gelegenheit haben, das in unserem Vaterlande fast unbekannte Krankheitsbild hier zu sehen.

Unter dem Titel «Abstinenz und Lebensversicherung» wird von den in England zunehmenden Abstinenzvereinen (vollständige Enthaltsamkeit von Alkohol) auf die niedrige Sterbeziffer der Abstinenzler unter den Versicherten hingewiesen. Es werden die von der Sceptre Life Society während der letzten 13 Jahre gemachten Erfahrungen citirt. Hiernach betrug unter den Abstinenzlern die Anzahl der von der Lebensversicherung erwarteten Todesfälle 744, es traten wirklich ein 432 = 58,06 Proc. Unter den Nichtabstinenzlern betrug die Zahl der erwarteten Todesfälle 1339, die der thatsächlich Gestorbenen 1131 = 80,89 Proc. Sich auf diese Ziffern berufend, verlangen die Abstinenzvereine nunmehr eine entsprechende Erniedrigung der Versicherungsbeiträge für ihre Mitglieder.

Ein interessanter Fall von langandauernder Bewusstlosigkeit wurde vor Kurzem viel in der Presse discutirt unter der Aufschrift: «Dover Cliff Mystery». Dr. Osborne, in dessen Behandlung sich die Patientin befindet, hat folgenden Bericht an das British Medical Journal eingesandt: M. A., ein circa 17 Jahre altes Mädchen, wurde am 5. August Abends bewusstlos in das Dover Hospital gebracht. Sie war am Nachmittage eine Stunde von Dover entfernt am Meeresufer am Fusse eines circa 200 Fuss hohen Kreidefelsens aufgefunden worden. Sie zeigte eine Quetschung der Weichtheile an der rechten Seite der Stirne, sowie leichte Verletzungen am Hinterkopf und linkem Fussgelenk. Nach Aussagen von Zeugen war sie 2—3 Tage in der Gegend umhergewandelt und schien sehr erschöpft zu sein. Bei der Aufnahme zeigte sie vollständige Bewusstlosigkeit; alle Reflexe mit Ausnahme des conjunctivalen waren erloschen. Die Temperatur war Anfangs 100,2° F. = 39° C. und stieg schnell auf 105,6° = 40,9° C. Puls 156. Während der ersten 8 Tage wurde die Temperatur stündlich gemessen, später vierstündlich. Maximaltemperatur am 1. und 2. Tage 40,9° C. Hierauf unter wiederholter Anwendung von kalten feuchten Wickeln allmähliches Abfallen. Maximum am 3. Tage 40,5°; am 4. 39,9°; am 5. 40,1°; am 6. und 7. 40°; am 8. 39,1°; am 9. 39°; am 10. 38,9; am 11. 37,4, hierauf normal. Die Pulsfrequenz sank ebenfalls auf 100 und weniger. In den ersten Tagen waren die Pupillen stark verengt und reactionslos; die Arme starr gestreckt mit Pronation der Hände. Der tonische Spasmus der Arme wich in den folgenden Tagen, und Patientin bewegte dieselben zuweilen, namentlich den linken; nach 15 Tagen schwache Wiederkehr der Plantarreflexe. Am 2. September, also annähernd 4 Wochen nach der Aufnahme war Patientin noch immer bewusstlos; das Gesicht zeigte jedoch mehr Ausdruck, die Augen waren weit geöffnet und schienen zuweilen einem sich bewegenden leuchtenden Gegenstand zu folgen. Neben künstlicher Ernährung durch Milch und Fleischbrühe bestand die Behandlung hauptsächlich in kalten feuchten Wickeln, welchen der behandelnde Arzt auch die günstige Beeinflussung der hohen Temperatur zuschreibt. Daneben wurde innerlich Jodkali und Bromammonium gegeben; während des tonischen Spasmus der Arme wurde Queck-Olbersalbe eingerieben. Ausserdem Blasenpflaster hinter beiden sihren, sowie Enema nach Bedürfniss.

Die anfängliche Vermuthung, das Mädchen sei das Opfer eines Attentates geworden, erwies sich als grundlos. Die Natur der Verletzungen machte es höchst unwahrscheinlich, dass Patientin von dem 200 Fuss hohen Kreidefelsen abgestürzt sei. Dr. Osborne nimmt an, dass sie durch Insolation — es war ein sehr heisser Tag — und Erschöpfung bewusstlos geworden sei und im Hinfallen sich die Verletzung an der Stirn zugezogen habe. Die Verletzung am Hinterkopf schien älteren Datums zu sein. Eine andere Lösung dieses diagnostischen Problems würde Typhus sein; der Temperaturverlauf erscheint dem bei Abdominaltyphus nicht unähnlich. Bacteriologisch-diagnostische Untersuchungen würden vielleicht zu einer entscheidenden Diagnose geführt haben, doch scheinen solche nicht vorgenommen worden zu sein.

Die Londoner medicinische Facultät hat den Verlust eines hervorragenden Mitgliedes, John Braxton Hicks, M. D. London FRCP, FRCS zu beklagen. Er starb im Alter von 72 Jahren an den Folgen einer Influenza. Sein Ruf wurde hauptsächlich durch seine classischen Arbeiten über innere und äussere Wendung begründet, welche in den Transactions of the Obstetrical Society niedergelegt sind.

Aus den italienischen medicinischen Gesellschaften.

Società Lancisiana der Hospitäler Roms.

Sitzung vom 3. April 1897.

Marchiafava erörtert auf Grund des Sectionsbefunds und der Symptome die Stenose der Orificien der Coronararterien. Dieselbe kann sich, so schliesst er, lange Zeit mit der normalen Function des Herzens vereinigen. Der Tod kann unerwartet bei vollständigem Wohlbefinden eintreten, ohne dass man am Myocardium regressive Veränderungen antrifft. Erfolgt der plötzliche Tod nach einer Krankheitsperiode mit Symptomen von Herzschwäche, so trifft man regressive Veränderungen am Myocard. Ferner können die Veränderungen am Myocardium fehlen, wenn die Stenose der Orificien der Coronararterien nur eine Stelle betrifft. Dies sicher constatirte Factum lässt an die Existenz eines compensatorischen Kreislaufes denken, welcher das Hinderniss der Stenose einer Coronaria aufwiegt.

Parlavecchio bespricht seine Methode der Radicalheilung der Hernia cruralis. Die ursprüngliche Ruggi'sche Methode, welche darin besteht, dass aus der Cruralhernie eine Leistenhernie gemacht und der Leistencanal gespalten wird, hat P. so modificirt, dass er den äusseren Leistenring bei seinem Schnitt verschont. Er führt 3 nach dieser Methode geheilte Fälle an und versichert, dass dieselbe alle Vortheile der Ruggi'schen Methode ohne die Gefahren derselben habe, und dass sie ein hinreichend geräumiges Operationsfeld bietet

Paricotti will in 3 Fällen von Pterygium Sprosspilze gefunden haben und verspricht über diese wichtige Entdeckung weitere Mittheilung. Hager-Magdeburg N.

Akademie der Naturwissenschaften zu Catania.

Sitzung am 9. Mai 1897.

De Mattei hat gefunden, dass sich in einem eingescharrten Hundecadaver das Hundswuthgift ungeschwächt über 8 Monate erhalten hat. Er conservirt das Hundswuthift monatelang in seiner vollständigen Virulenz indem er das Rückenmark von an Rabies verendeten Kaninchen in sterilisirten Glasröhren aufhebt, welche genau die Weite haben, um es aufzunehmen. Die Wände dieser Glasröhrchen sind mit neutralem Glycerin beschmiert, um das Hinausgleiten zu erleichtern. Dann wurden die Röhrchen zugeschmolzen.

Calandruccio, bekannt durch seine Malariaforschungen, hat durch statistische Untersuchungen gefunden, dass die Skrophulose in Malarialändern sehr selten ist, und dass sich skrophulöse Individuen meist refractär gegen Malaria verhalten oder auch, dass sie sich nach Malariaanfällen erheblich in Bezug auf ihre Skrophulose bessern.

In leichten Fällen von Skrophulose hat er 1—1½ g frisches Blut von einem Malariakranken gesunder Constitution injicirt. Die skrophulösen Erscheinungen steigerten sich, die Drüsenanschwellungen vergrösserten sich, die Haut über den Drüsen wurde roth, dann erfolgte Rückgang des Processes und Heilung nach 6—8 Anfällen.

In Folge dieser Erfahrungen mischte C. Blut von Malariakranken mit destillirtem Wasser 2 : 1, schüttelte es eine halbe Stunde lang, bis die Malariaparasiten getödtet waren (was, wie durch Experimente in der Klinik gezeigt wurde, regelmässig geschieht). Dieses Blut spritzte er sich und verschiedenen skrophulösen Individuen ein. Malaria entwickelte sich nicht Alle Injicirten blieben gesund; nur verschwanden nach 2 Wochen die Drüsenschwellungen. (? Ref.)

Calandruccio macht weitere Mittheilungen über Malaria 1 g Blut von einem an Intermittens quartana, tertiana oder quotidiana leidenden Patienten soll, einem Gesunden injicirt, wiederum ein Fieber von demselben Typus hervorrufen.

Im Blute von an perniciöser Intermittens leidenden Kranken fand C. die Haemamoeba malariae praecox, welche eine beständige Begleiterin der Laveran'schen Form sein soll.

In bestimmten, gut zu begrenzenden Malariaorten soll es nur quartane, in anderen wieder nur tertiane Formen geben, in anderen perniciöse, in anderen irreguläre Formen: so sollen die verschiedenen Formen rein topographisch vertheilt sein.

C. will ferner bei Mücken oder Schnacken und beim Hirudo officinalis Malariaparasiten angetroffen haben, aber immer in veränderter Form und in Zerstörung begriffen. Er erinnert an Coronato, dem es gelang, im Wasser und Schlamm der Sümpfe von Arona die Laveran'schen Parasiten frei lebend nachzuweisen und umgekehrt, sie in diesen Sümpfen zu züchten, nachdem er sie aus dem Körper Malariakranker entnommen. H.

Accademia medica zu Genua.

Sitzung vom 17. Mai 1897.

Farchetti macht eine vorläufige Mittheilung über den Werth der Serumdiagnose beim Abdominaltyphus. Er geht davon aus, dass die agglutinirende Wirkung des Serums auf den Typhusbacillus nicht für den Typhusbacillus specifisch zu sein brauche. Der Typhusbacillus könne sich daran gewöhnen, in agglutinirenden Flüssigkeiten zu leben.

Nach längerer Züchtung in Bouillon, welche Typhusserum zugesetzt enthält, verliere der Typhuspilz seine agglutinirende Eigenschaft: die Bouillon bleibe klar.

Ebenso fange derselbe Pilz in Bouillon, welche eine immer wachsende Menge von Alkalien enthält, an, ein immer wachsendes Quantum Säure zu produciren und schliesslich so viel wie der Bacillus coli und noch mehr, während umgekehrt beim Bacillus coli in demselben Nährsubstrate die säurebildende Eigenschaft nachlässt.

Wenn zu den so in ihren Nahrungsbedingungen veränderten beiden Formen Typhusserum zur Culturbouillon hinzugesetzt wird, so bietet der Bacillus coli eine stärkere Fällung und Trübung der Bouillon als der Bacillus typhi. Diese Eigenthümlichkeiten lassen sich dann noch bei längerem Fortzüchten weiter verfolgen.

Jemma betont gegenüber diesen Ausführungen die Sicherheit der Serumdiagnose für die Klinik.

Tacchi spricht über die Behandlung der Prostatahypertrophie durch Ausschneidung des Vas deferens. Trotz vieler klinischer und experimenteller Beiträge sei man sich noch nicht über die Wirkung ganz klar. Nicht alle Menschen mit grosser Prostata haben Störungen durch dieselbe, andererseits trotzen manche Fälle jeder Behandlung. Von 16 Fällen war in 10 die Besserung evident und prompt.

Für die Prognose scheine nicht Cystitis, nicht Nephritis, nicht Alter, auch nicht Hydrocele der Tunica und des Samenstrangs Bedeutung zu haben, sondern nur die Coexistenz einer Blasenlähmung, welche der Grund des Misserfolges in 2 Fällen war.

Das günstige Operationsresultat kann ein unmittelbares und ein spätes sein: Das späte kann man auf eine Verkleinerung des Organs beziehen, das frühe steht in Beziehung zu Nervenreflexen. Die nervösen Beziehungen zwischen Prostata und Testikel entsprechen den engen Beziehungen ihrer venösen und namentlich arteriellen Gefässverbindung. H.

Verschiedenes.

Peritonitis nach Scheidenspülung. Im New-York med. Journ. vom 3. Juli 1897 berichtet Wells über einen in mehrfacher Hinsicht interessanten Fall von acuter Peritonitis bei einer Puerpera, welche sich am 17. Tage nach der Entbindung mit der Davidson'schen Pumpe eine Scheidenirrigation mit warmem Wasser applicirte. Unmittelbar darauf traten heftige Leibschmerzen, Ohnmacht u. s. w. ein und wurde am folgenden Tage eine im Becken localisirte Peritonitis mit folgender starker Exsudatbildung constatirt. Für die Entstehung der peritonealen Infection ist von Wichtigkeit, dass der Uterus in Retroversionsstellung sich befand und Patientin vor Jahren eine Gonorrhoe durchgemacht hatte. Das Zustandekommen der Infection wird dadurch erklärt, dass das Vaginalrohr bei noch nicht vollständig erfolgter Rückbildung der Gebärmutter in Folge der Retroversio in die Uterushöhle eindrang und durch den starken Druck der Pumpe mit der Infectionsflüssigkeit gonorrhoisches Vaginal- oder Cervicalsecret in die Tuben und die Peritonealhöhle geschleudert wurde. In einer Besprechung des Falles in der Society of the Alumni of the City Hospital wird speciell die Gefährlichkeit der pumpenartig construirten Irrigatoren, sowie der im Puerperium überhaupt von ungeübter Hand gemachten Scheidenspülungen betont. F. L.

Tuberculinproben in Bayern. Die vom Staatsministerium des Innern angeordnete Statistik über die für Erkennung der Rindertuberculose (Perlsucht) höchst wichtigen Tuberculinimpfungen ist nunmehr auch für das zweite Erhebungsjahr durchgeführt. Danach wurde in Bayern während des Jahres 1896 die Tuberculinprobe in

339 Gehöften (mit einem Gesammtviehbestande von 6341 Thieren) an 1858 Rindern und ausserdem an 708 einzeln geimpften Handelsthieren vorgenommen, und zwar an 514 Stieren und Ochsen, 1593 Kühen, 357 Jungrindern und 102 Kälbern. Von diesen 2596 Proben hatten, abgesehen von Nachimpfungen, 1087 d. s. 41,9 Proc. ein positives, 1312 d. s. 50,5 Proc. ein negatives und 197 d. s. 7.6 Proc ein zweifelhaftes Ergebniss; in $^{12}/_{13}$ aller Fälle gestatteten also die nach der Impfung hervorgetretenen Erscheinungen den Schluss auf das Vorhandensein bezw. Nichtvorhandensein der Tuberculose. Dieser Schluss wurde hinwiederum in $^{7}/_{8}$ jener Fälle, in welchen die geimpften Thiere geschlachtet wurden, als richtig bestätigt. Von den Thieren mit entschiedenem (positivem oder negativem) Impferfolge wurden nämlich 339 geschlachtet und es ergab sich bei 295 d. s. 87,1 Proc. ein mit dem Impfergebnisse übereinstimmender Befund. Demnach ist für richtige Ermittlung des Vorhandenseins bezw. Nichtvorhandenseins der Tuberculose schon bei einmaliger Tuberculinimpfung $^{4}/_{5}$ (0,805) Wahrscheinlichkeit gegeben — gegenüber $^{3}/_{4}$ (0,741) nach den Ergebnissen der 1895er Erhebung, eine Steigerung, welche sich aus dem Fortschritte der Impftechnik erklärt. In noch erhöhtem Maasse stellt sich also jetzt die Tuberculinprobe als geeignetes Mittel zur Tilgung der Perlsucht dar und empfiehlt sich ihre möglichst allgemeine Anwendung.

Therapeutische Notizen.

Behandlung des Kropfes mit Jodothyrin. Brian-Lyon wandte dasselbe nach den Angaben von Baumann bei 4 Kranken an, bei dreien (im Alter von 12—18 Jahren), welche nur eine kleine Struma jüngeren Datums hatten, verschwand besonders schnell die Dyspnoe, weniger rasch die Struma selbst, welche, allmählich zurückgehend, immerhin nun seit 5 Monaten als geheilt angesehen werden kann. Der vierte Kranke, dessen Kropf grösser, weicher und von ziemlich langem Bestande war, wies keine Besserung auf. Bérard-Lyon machte nach einer weiteren Mittheilung in der medicinischen Section der französischen Naturforscherversammlung (Association franc. pour l'avancement des sciences, Congrès de St. Étienne, 5.—12. August 1897) ähnliche Erfahrungen, erinnert aber daran, dass das Jodothyrin ein gefährliches Mittel ist, welches strenge ärztliche Ueberwachung erfordert und Zufälle nach Art eines acuten Basedow verursachen kann.

Die Aktinomykose des Menschen war auf der ebengenannten Versammlung einer der wichtigsten Verhandlungsstoffe. Es ergab sich, dass diese Affection, vor wenigen Jahren in Frankreich noch unbekannt, auch in diesem Lande keineswegs selten den Menschen befällt und dem eifrigsten französischen Forscher auf diesem Gebiete, Poncet-Lyon, gelang es, bereits über 70 Fälle davon in wenigen Jahren zusammenzustellen, so dass das Schlussergebniss seines längeren Vortrages, die Aktinomykose des Menschen sei in Frankreich ebenso häufig wie in den Nachbarländern, Deutschland u. s. w., wohl berechtigt erscheint. Bezüglich der Therapie wurde von einigen Rednern die bisher angenommene günstige Wirkung des Jodkaliums bestätigt, von anderen jedoch nur wenig Erfolg davon gesehen und der Hauptnachdruck auf entsprechende chirurgische Behandlung gelegt. St.

Tagesgeschichtliche Notizen.

München, 21. September. Die Jahresversammlung des Vereins der deutschen Irrenärzte wurde am 17. September zu Hannover unter dem Vorsitze des Directors der Irrenabtheilung an der Berliner Charité, Geheimrath Professor Dr. Jolly in Gegenwart von etwa 120 deutschen Irrenärzten eröffnet. Nach dem ersten Vortrage von Knecht-Ueckermünde über den Werth der Degenerationszeichen bei Geisteskranken ergriff Professor Jolly die Gelegenheit, die im deutschen Reichstage von Seiten des Abgeordneten Lenzmann gelegentlich der Besprechung des bekannten Aachener Alexianer-Processes unternommenen Angriffe auf die deutschen Irrenärzte zu erörtern. Es wurde schliesslich eine Resolution angenommen, in welcher sich die Versammlung sowohl gegen diese Angriffe, als auch besonders dagegen, dass dieselben von Seiten der Regierung ohne Widerspruch geblieben sind, verwahrte.

— Die zu Königsberg unter dem Vorsitze des Bürgermeisters Brinkmann zur Bekämpfung der Granulose einberufene Aerzte-Conferenz beschloss die Untersuchung der Augen aller Volksschüler der Stadt (an Zahl 18000) auf Granulose.

— Zu Brüssel wurde am 14. September unter starker Betheiligung ausländischer und inländischer Fachmänner der erste internationale Congress für Neurologie, Psychiatrie, med. Elektricität und Hypnologie eröffnet. Von deutschen Neurologen sind Eulenburg, Mendel, Oppenheim und Thomsen anwesend. Nach Begrüssung der Theilnehmer durch den belgischen Unterrichtsminister Schollaert hielt Prof. Verriest-Loewen die Eröffnungsrede, in welcher er die Fortschritte in der Anatomie und Physiologie des Nervensystems in den letzten Jahren besprach. Zum stellvertretenden Vorsitzenden wurde Eulenburg-Berlin gewählt. Der erste Tag brachte Vorträge von Crocq-Brüssel, Winkler-Amsterdam und van Gehuchten-Loewen.

— In Berlin hat sich unter dem Vorsitz des Herrn v. Bergmann eine «Berliner Rettungsgesellschaft» gebildet, die jedem Arzte das Recht gewähren wird, sich unter gewissen Bedingungen an den Aufgaben des Unternehmens zu betheiligen. Die Deputation für die städtischen Krankenhäuser soll bereits mit der neuen Gesellschaft einen Vertrag abgeschlossen haben, welcher die Möglichkeit eröffnet, vom 1. October d. J. ab in sämmtlichen öffentlichen Krankenhäusern Berlins Hauptwachen der Gesellschaft einzurichten.

— Im Dubliner «Richmond-Asyl» soll die «Beri-Beri»-Krankheit ausgebrochen sein; 160 Fälle werden zur Zeit in dem Hospital behandelt. Auch einige Krankenpflegerinnen sind von der Krankheit befallen worden. Ausländische Aerzte kommen nach dem Richmond-Asyl, um die Beri Beri-Krankheit zu studiren.

— In der 35. Jahreswoche, vom 29. August bis 4. September 1897, hatten von deutschen Städten über 40 000 Einwohner die grösste Sterblichkeit Königshütte mit 39,6, die geringste Sterblichkeit Rostock mit 10,1 Todesfällen pro Jahr und 1000 Einwohner. Mehr als ein Zehntel aller Gestorbenen starb an Diphtherie und Croup in Gera, an Unterleibstyphus in Beuthen.

— Dass die Genehmigung des Herausgebers und nicht des Verlegers einer Zeitung zum buchhändlerischen Vertrieb der Sonderabdrücke aus dieser erforderlich ist, wenn die Verhandlungen über die Aufnahme der Abhandlungen in die Zeitung mit den Verfassern durch den Herausgeber erfolgt sind, und nicht durch den Verleger, hat das Reichsgericht in seiner Sitzung vom 22. Februar 1897 in der Klagesache des Verlagsbuchhändlers J. S. in Berlin contra Geh. Med.-Rath Prof. Dr. L. in B. für Recht erkannt. D. Med. Ztg.

(Universitätsnachrichten.) **Kopenhagen.** Der Privatdocent Dr. L. Meyer ist zum Professor für Geburtshilfe und Gynäkologie ernannt worden.

(Todesfälle.) Am 12. September starb zu Winterstein in Thüringen im Alter von 75 Jahren Professor Hermann Welcker, der von 1859 bis 1893 den anatomischen Lehrstuhl der Universität Halle innehatte. Sein Name ist hochberühmt durch seine zahlreichen Forschungen auf dem Gebiete der normalen Anatomie, der Anthropologie, der Physiologie des Blutes, des Gehirns und der Sinnesorgane, der Histologie und der mikroskopischen Technik. Wir behalten uns vor, die Bedeutung Welcker's in einem eingehenden Artikel zu würdigen.

Zu Stachelberg im Canton Glarus starb am 12. September in Folge eines Herzschlages der derzeitige Rector der Universität Rostock und Professor der Augenheilkunde dortselbst, Dr. Rudolf Berlin, bekannt durch zahlreiche grundlegende Arbeiten auf dem Gebiete der klinischen, experimentellen und namentlich der vergleichenden Ophthalmologie; den Lehrstuhl an der Universität Rostock hatte er erst seit 1890, in welchem Jahre Professor Zehender vom Lehramte zurücktrat, inne.

Personalnachrichten.

Bayern.

Niederlassungen: Dr. Eduard Goldschmidt, appr. 1893, in München. August Schultz aus Greifswald als Assistenzarzt in der Privatirrenanstalt St. Gilgenberg, B.-A. Bayreuth, appr. 1897.

Verzogen: Dr. Phil. Klingel von Hohenfels (Parsberg) nach Eggenfelden. Dr. Rud. v. Gender von Neualbenreuth nach Plossberg (beide B.-A. Tirschenreuth).

Abschied bewilligt: im Beurlaubtenstande: dem Stabsarzt Dr. Ludwig Diem (Gunzenhausen) und dem Assistenzarzt 1. Classe Dr. Joseph Schmitt (Vilshofen), beide von der Landwehr 2. Aufgebots.

Morbiditätsstatistik d. Infectionskrankheiten für München

in der 36. **Jahreswoche** vom 5. bis 11. September 1897.

Betheil. Aerzte 410. — Brechdurchfall 52 (46*), Diphtherie, Croup 27 (21), Erysipelas 8 (13), Intermittens, Neuralgia interm. 1 (—), Kindbettfieber — (—), Meningitis cerebrospin. 1 (—), Morbilli 32 (51), Ophthalmo-Blennorrhoea neonat. 5 (5), Parotitis epidemica 1 (2), Pneumonia crouposa 10 (6), Pyaemie, Septicaemie 1 (1), Rheumatismus art. ac. 18 (10), Ruhr (dysenteria) — (—), Scarlatina 18 (13), Tussis convulsiva 26 (22), Typhus abdominalis 3 (3), Varicellen 2 (2), Variola, Variolois — (—). Summa 205 (195). Medicinalrath Dr. Aub.

Uebersicht der Sterbefälle in München

während der 36. Jahreswoche vom 5. bis 11. September 1897.

Bevölkerungszahl: 418 000.

Todesursachen: Masern 1 (2*), Scharlach 1 (1), Diphtherie und Croup 2 (3), Rothlauf 1 (—), Kindbettfieber — (1), Blutvergiftung (Pyaemie) 2 (1), Brechdurchfall 15 (13), Unterleibstyphus — (—), Keuchhusten 3 (2), Croupöse Lungenentzündung 1 (1), Tuberculose a) der Lungen 24 (23), b) der übrigen Organe 2 (6), Acuter Gelenkrheumatismus — (—), andere übertragbare Krankheiten — (—) Unglücksfälle 1 (3), Selbstmord 2 (2), Tod durch fremde Hand 1 (—)

Die Gesammtzahl der Sterbefälle 224 (241), Verhältnisszahl auf das Jahr und 1000 Einwohner im allgemeinen 27,9 (30,0), für die über dem 1. Lebensjahr stehende Bevölkerung 14,0 (13,5), für die über dem 5. Lebensjahr stehende 13,1 (12,2).

*) Die eingeklammerten Zahlen bedeuten die Fälle der Vorwoche.

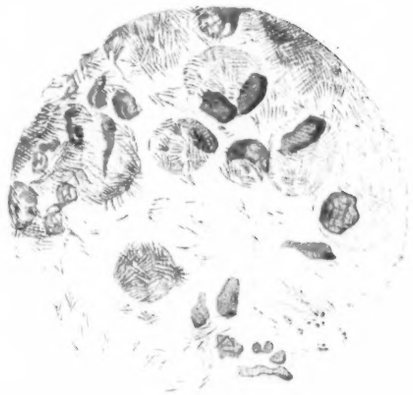
Verlag von J. F. Lehmann in München. — Druck von E. Mühlthaler's kgl. Hof-Buchdruckerei in München.

Beilage zu No. 39 der Münchener Medicinischen Wochenschrift.

No. 1.

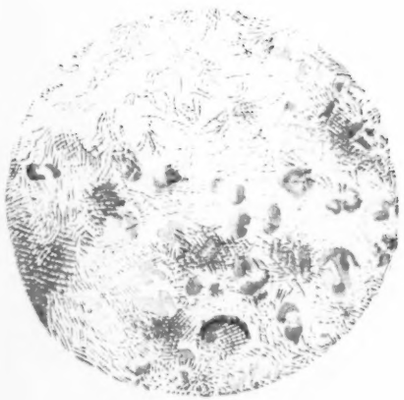
Lepra No. 48. ♀ Nasenschleim.

No. 2.



Lepra No. 62. Nasenschleim.

No. 3.



Lepra No. 64. Käsiger Bröckel aus Sputum.

No. 4.

Lepra No. 48. Blut.

Zu Sticker: Mittheilungen über Lepra, nach Erfahrungen in Indien und Aegypten.

Verlag von J. F. LEHMANN in München.